東京大学医学部附属病院　セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私（患者さま氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、
私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、
東京大学医学部付属病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました
（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成　　年　　月　　日

患者様ご署名　　印
生年月日（大正、昭和、平成）　　年　　月　　日生
ご住所：