

## 相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_ 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、

東京大学医学部附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、下記の相談者

（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。

令和 年 月 日

患者様ご署名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大正、昭和、平成、令和） 年 月 日生

ご住所

〒 \_\_\_\_\_

※上記に患者様のご生年月日、ご住所のご記入をお願いいたします。

※相談同意書は患者ご本人が受診される場合は不要です。