

順天堂大学医学部附属順天堂医院  
セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者さん名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄: \_\_\_\_\_ )

に対して、貴院担当医師が私の疾患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、意見や判断を述べ、私の主治医あての  
報告書が作成されることに同意します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 午前・午後 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )

患者氏名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 生月日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

注) セカンドオピニオン外来当日に、お持ちいただきご提出ください。オンラインをご希望の方は、事前に必要書類と一緒に送ってください。  
なお、患者さんをご相談者との関係を証明するもの(住民票、戸籍謄本等)をご提示いただきます。