

筑波大学附属病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

筑波大学附属病院長 殿

私 (患者さん氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した  
\_\_\_\_\_  
(相談者) \_\_\_\_\_ 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、今後の見通しについて、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いたします。

西暦 年 月 日

署名 (患者さん氏名) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_