

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 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____