

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 \_\_\_\_\_