

国立病院機構東京病院 セカンドオピニオンご家族受診同意書

セカンドオピニオン外来担当医師 殿

私(患者本人氏名) _____ は、この同意書を持参した

* 上記に来院される相談者のご氏名と患者さんとの続柄を全ての方について記載してください

(例: 東京花子(子)、東京太郎(夫))

に対して、私の病気についての診断および治療の内容、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。

年 月 日

患者さんご本人 署名 _____ 印

生年月日(西暦・大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日生