

千葉大学医学部附属病院 セカンドオピニオン外来  
相 談 同 意 書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（相談者氏名）\_\_\_\_\_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。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_年 月 日