

東京科学大学病院 齒科（歯系診療部門）
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

(ご相談者氏名) に対して、貴院担当歯科医師が私の

疾患についての診断及び治療内容、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致します。

西暦 年 月 日

(患者氏名) 印

生年月日（西暦） 年 月 日 生