

東京医科歯科大学歯学部附属病院  
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  
(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