

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。

平成 年 月 日

_____(患者氏名) _____ 印

_____(生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日生)