

見 本

※患者さまご本人が当日参加できない場合のみご提出をお願いいたします。

東京医科歯科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） 医科歯科 太郎 は、本同意書を提出しました

（ご相談者） 医科歯科 花子 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いたします。

2019年 4月 1日

生年月日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生

（患者氏名） 医科歯科 太郎 印

（※）本人が自著しない場合は、記名押印してください。

本人が自著しない場合
忘れずにご記名押印を
お願いいたします。

注） 本紙は患者さまご本人にご記入いただく書面です。

患者さまご本人が病状等により自筆が困難な場合は、

患者さまとお申し込みをされる方を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）のコピーをご提出、又はご提示いただきます。

次の欄は記入する必要がありません。

本人等の確

事務処理欄のため記入不要

他

東京医科歯科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、本同意書を提出しました
_____（ご相談者）
_____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いたします。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日生

_____（患者氏名） _____ 印

（※）本人が自著しない場合は、記名押印してください。

次の欄は記入する必要がありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> その他
----------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	------------------------------