

多摩北部医療センター 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) _____ (続柄) _____ に

対して、公益財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センター担当医師が、私の疾患
についての現状および今後の意見や判断を述べること、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 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生