

セカンドオピニオン 相談同意書

東北大学病院長

私(患者さん氏名)_____は、貴院でセカンドオピニオンを

受けるにあたり、貴院担当医が(相談者)_____に対して、

私の疾患に係る診断、治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べ、

私の主治医宛に報告書を作成することに同意いたします。

年 月 日

<患者さん情報>

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

※続柄を確認できる書類の写しをあわせてご提出ください