

セカンドオピニオン相談同意書

東京ミッドタウン先端医療研究所 所長 殿

私（患者様ご芳名） _____ は、

_____（ご相談者ご芳名） _____（続柄） _____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、今後の見通しにつきまして、
意見や判断を述べ、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様署名 _____

患者様住所 _____

患者様生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様ご連絡先電話番号 _____