

セカンド・オピニオン相談同意書

令和 年 月 日

私（患者）_____は、本同意書を持参しました
相談者氏名_____生年月日_____年 月 日生
患者との続柄（_____）に対して、貴センター担当医師が私の疾患について
の診断及び治療内容、今後の見通し等について、意見や助言を述べ、私の主治
医あての報告書が作成されることに同意します。

東京都健康長寿医療センター長 殿

患者署名 _____ (印)

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）_____年 月 日生

ご相談者が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（健康保険証、免許証等）
を必ず持参願います。