

## セカンドオピニオン相談同意書

日本大学松戸歯学部附属病院長 殿

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、

（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して、

貴院担当医が私の疾患についての診断及び治療内容、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。

令和 年 月 日

署名\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_

連絡先電話番号\_\_\_\_\_