

東京医科歯科大学病院 歯科（歯系診療部門）
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

_____（ご相談者氏名）_____に対して、貴院担当歯科医師が私の

疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の

主治医あての報告書が作成されることに同意致します。

西暦 年 月 日

_____（患者氏名）_____ ㊟

_____生年月日（西暦）_____年 月 日生