

戸田中央病理診断科クリニック 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

（相談者）：\_\_\_\_\_（続柄）：\_\_\_\_\_ に対して、

戸田中央病理診断科クリニック担当医師が私の疾患についての現状及び  
今後の意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成される  
ことに同意いたします。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

患者保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

（患者様が未成年者の場合にご記入ください）

\*ご記入いただいた個人情報はセカンドオピニオンの提供に利用するものであり、  
この目的以外には用いません。