**一般財団法人精神医学研究所附属　東京武蔵野病院**

**セカンドオピニオン同意書**

一般財団法人精神医学研究所附属

東京武蔵野病院　院長　　殿

私(患者さん氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参しました相談者(氏名：　　　　　　　　　　　　　　　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診療内容、今後の見通しに

つきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに

同意いたします。

令和　　年　　月　　日

患者氏名：

代理者氏名：

生年月日：　　年　　月　　日生