

(患者さまが来院不可能な場合にご持参ください)

西暦 年 月 日

東京歯科大学市川総合病院
セカンドオピニオン 同意書

私（患者名） _____ は、

（相談者） _____ （続柄）

に対して、貴院担当医師が私の医療情報を確認し、診断および、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いたします。

患者名 _____ ⑩

保護者名 _____ ⑩

（未成年の方のみ）

セカンドオピニオンとは、主治医の診断・治療方針を、主治医以外の別の医療機関の医師に意見（第2の意見）を求めることです。主治医以外の専門医師の意見を聞くことにより、患者さんご自身で病状・治療方針を納得して選択していただくことが目的です。基本的には病院や主治医を変更することが目的ではありません。