

# 樹状細胞療法に関するセカンドオピニオン

## 相談委託同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、

本同意書を持参しました。

（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に

対して、貴院担当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事に同意致します。

平成 年 月 日

生年月日（昭和・平成） 年 月 日 生

\_\_\_\_\_  
（患者氏名） 印