

八王子スポーツ整形外科

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (患者様との続柄: \_\_\_\_\_ )  
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します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所) \_\_\_\_\_

署名) \_\_\_\_\_ 印

生年月日) 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

連絡先) (☎) \_\_\_\_\_

注) セカンドオピニオン外来当日にご提出ください。