

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。