

セカンドオピニオン外来相談同意書

せたがや岡田整形外科 殿

私（患者氏名）_____は、

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、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

署名_____

住所_____

連絡先電話番号_____