

浜脇整形外科病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました

_____（ご相談者）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、今後見通しにつきまして、意見や判断を述べるこ

と、また主治医宛の報告書を作成することに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正、昭和、平成） 年 月 日生

_____（患者氏名） 印