

セカンドオピニオン同意書

さいたま新都心 iD 整形外科 院長殿

私(患者氏名) _____ は

(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に対して、

貴院長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 _____