

(様式 5)

## 成尾整形外科病院 セカンドオピニオン 実施同意書

私、 \_\_\_\_\_ (患者様ご本人)は、この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、今後の見通しなどにつきまして、意見をのべ私の主治医あての報告書が  
作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(患者様ご本人の署名をおねがいします)