【様式 2】

セカンドオピニオン
実施同意書

医療法人社団　誠療会
成尾整形外科病院　殿

私（患者さん署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本日同意書を持参しました相談者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（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、今後の見通しなどにつきまして、意見や判断をのべ、私の主治医宛ての報告書が作成されることを同意いたします。

同意日　　年　　月　　日

患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

生年月日：　　年　　月　　日生

※ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオン外来に関すること以外の目的には使用いたしません。
ご相談者の方は身分を証明できるもの（運転免許証や保険証等）を必ずご持参ください。