

医療法人社団元氣会
札幌整形外科 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私は本同意書を持参しました相談者に対し、札幌整形外科セカンドオピニオン外来担当医師が私の疾患について治療内容・診断・今後の経過につきまして意見を述べ診断し、報告書を作成及び渡す事に同意致します。

令和 年 月 日

生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日

患者氏名 印

※ 押印のない相談同意書は窓口にて受付できません。

セカンドオピニオン外来予約日 令和 年 月 日

相談者氏名

続柄