

## セカンドオピニオン（歯科）相談同意書

松本歯科大学病院長 殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

(相談者氏名) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当歯科医師が、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 \_\_\_\_\_