

セカンドオピニオン（歯科）相談同意書

松本歯科大学病院統括者 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 _____