

年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長様

セカンドオピニオン代諾者申請書

(小児がん・書面によるセカンドオピニオン用)

患者住所： _____

患者氏名： _____

代諾が必要な理由 (あてはまる項目に○をつけて下さい)

1. 患者が未成年のため
2. その他 (_____)

私は上記の理由により、患者 _____ の代諾者として、小児がん・書面によるセカンドオピニオンを申し込みます。

代諾者住所： _____

代諾者氏名： _____
(セカンドオピニオン申し込み者と一致すること)

患者との関係： _____
(例えば、父や母など)

※セカンドオピニオン申込書の申し込み者氏名と代諾者欄の氏名は同一氏名にてご記入願います。

※患者さんと代諾者の保険証のコピーが必要となりますので、必ず、添付をお願いいたします(続柄確認のため)。

※組織を通じて委任された代理相談者は、身分証明・誓約書も必要です。