

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

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. 成人であるが自ら判断できない状態のため
3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

私は上記の理由により、患者 \_\_\_\_\_ の代諾者として、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、息子や娘など)

※セカンドオピニオン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。