

記入日 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： \_\_\_\_\_

患者との関係： \_\_\_\_\_

（例えば、父や母、息子や娘など）