

## セカンドオピニオン代理申し込み同意書

令和 年 月 日

大阪国際がんセンター病院長 様

私（患者本人氏名）\_\_\_\_\_は、以下の理由により、

（代理申込者）\_\_\_\_\_（続柄：\_\_\_\_\_）が

私の病状等に関する紹介状、病状に関する資料などを持参し、セカンドオピニオンを申し込むことに同意いたします。

### 代理申し込みが必要な理由（あてはまる項目に○をつけてください）

1. 患者本人が申し込みに来ることが難しいため

（理由：\_\_\_\_\_）

2. 患者が未成年のため

※この書面は患者本人が記入してください。

（ご本人が記載できない場合は代筆で結構です）

※代理申込者は、申込者本人を証明するもの（マイナンバーカード、運転免許証等）のコピーをご持参ください。