様式３

令和　　年　　月　　日

大阪公立大学医学部附属病院病院長　殿

セカンドオピニオン代理相談同意書

（患者本人が相談を受けない場合はご提出ください）

患 者 氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患 者 住 所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理相談の理由（当てはまる項目に〇をつけてください）

1. 患者が未成年のため
2. 来院が困難な状態であるため
3. 成人であるが自ら判断ができない状態のため

私は、上記の理由により、次の者を代理相談者と定め、私の疾病について治療内容、今後の見通しなどについて意見や判断を述べ、所見書を渡すことに同意いたします。

代理相談者

氏　名	続　柄	電話番号

※注１：患者さんご本人の直筆でご記入ください。（自筆困難な場合のみ代筆可）
※注２：代理相談者は、セカンドオピニオン当日に本同意書とあわせて様式２「セカンドオピニオン相談同意書」、身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）をご持参ください。