

大分県医療情報ネット 患者同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡し下さい。)

院長 様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療施設において大分県医療情報ネットで私の診療情報が共有されることに同意をしておりましたが、その同意を撤回します。

患者様記載欄 (同意を撤回する際に記載して、施設 (病院等) に提出してください。)			
撤回書記入日	20 年 月 日		
ふりがな			
患者氏名 (自署)	男・女		
生年月日	年 月 日		
住所			
代理人記載の場合	代理人氏名 (自署)		続柄

同意取得施設記載欄 (同意取得時に記載してください。)			
診療科名		担当医名	
説明担当者 (自署)			(部署)
開示・閲覧施設 1	(ID :)		
開示・閲覧施設 2	(ID :)		
登録担当者氏名		連絡先電話番号	

ネットワーク参加施設の担当者の方へ
患者様がこの撤回書を持ってこられた場合

- 1) 撤回書を大分県医療情報ネット事務局にFAXしてください。
- 2) 原本は貴施設にて保管をお願いいたします。