

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

大分県医療情報ネット 患者同意撤回届

連携解除希望施設名	大分大学医学部附属病院 その他（ ）	・ 済生会日田病院 ） ※○印または記入
-----------	-----------------------	-------------------------

院長様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、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いましたが、その同意を撤回します。

患者様記載欄		
撤回書記入日	年 月 日	
ふりがな		
患者氏名（自署）	男・女	
生年月日	年 月 日	
代理人記載の場合	代理人氏名（自署）	続柄

患者様へ

- ・同意撤回によって、今後の診療等にいかなる不利益も生じません。
- ・同意を撤回する際に記載して、大分県医療情報ネット参加施設（病院等）に提出してください。
- ・同意撤回書提出後、システムに反映されるまでに一定の時間をする場合がありますので予めご了承ください。

同意取得施設記載欄			
施設名		担当医名	
説明担当者氏名 (自署)		部署	

ネットワーク参加施設の担当者の方へ

- ・撤回書を大分県医療情報ネット事務局にFAX(097-586-6324)してください。
- ・原本は貴施設にて保管をお願いいたします。