

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 ・ 済生会日田病院 その他（ ） ※○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要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。