様式第１３号

いしかわ診療情報共有ネットワーク同意撤回書

　関係医療機関・施設等の長　様

　私は、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加する医療機関において、私の診療情報が、私の受ける共同診療等に活用されることに同意していましたが、この同意を撤回します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者記入欄 | 撤回書記入年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名（自署） | 男　・　女 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 代理人記入の場合 | 代理人氏名（自署） |  | 続柄 |  |
| 撤回する同意書 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日に同意した同意書 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 撤回書取得施設記入欄 | 説明施設名 |  | |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 説明者職氏名 | 職名　　　　　　　　　氏名 | |
| 備考 | | |

※１　患者さんに本紙の写しをお渡しください。

※２　非共有処理を行う施設にFAXし、原本は取得(利用)施設で保管してください。

（原本を送付する場合は、非共有処理施設で原本を保管してください）

以下　非共有処理実施機関　記入欄

上記患者さんの情報の非共有処理を完了しましたので、お知らせします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | [備考] |
| 処理年月日 |  |
| 処理担当者  所属・氏名 |  |