

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		
	フリガナ 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		