

診療情報共有のための同意書 (h-Anshin むこねっと)  
撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者さんへお渡しください)

私は下記の \_\_\_\_\_ から説明を受け、 \_\_\_\_\_ 病院において阪神医療  
福祉情報ネットワークに同意申請していましたが、同意について撤回します。

<かかりつけ医記載欄> (同意書取得時に記載してください。)

|                  |            |
|------------------|------------|
| かかりつけ医 氏名 _____  | ID番号 _____ |
| 医療機関名・住所 (スタンプ可) |            |

<患者記載欄> (同意を撤回する際に記載してください。)

|                          |       |          |                |
|--------------------------|-------|----------|----------------|
| 日付                       | 年     | 月        | 日              |
| 氏名 (本人が署名してください。)        |       |          |                |
| ふりがな _____               | 性別    | 男        | 女 (○印をしてください。) |
| _____                    | 生年月日  | 明治・大正    | 年 月 日          |
| _____                    | _____ | 昭和・平成    | _____          |
| 住所 _____                 |       |          |                |
| 本人が書けない場合は代理人の方の名前 _____ |       | 続柄 _____ |                |
| _____                    |       | (要自署)    |                |
| 撤回の理由                    | _____ |          |                |

<同意撤回書の提出は、かかりつけ医もしくは下記 むこねっと事務局 までお願いいたします>

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会 むこねっと事務局  
TEL 06-6422-6510  
FAX 06-6422-6512