

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おりましたが、同意について撤回します。

<同意書取得施設記載欄> (同意書取得時に記載してください。)

同意書取得施設 氏名 _____	ID番号 _____
施設名・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
患者氏名			
ふりがな _____	性別	男 ・ 女	(○印をしてください。)
生年月日	T・S・H・R	年	月
_____	(西暦も可)	_____	_____
住所			

署名欄	<p>ご本人以外の署名の場合は、いずれかに○印をつけて下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____) 		
撤回の理由	<p>(_____)</p>		

<同意撤回書の提出は、同意取得施設もしくは下記むこねっと事務局までお願いいたします>