

## ふくいメディカルネット同意撤回書

(同意書記入時に必要箇所を記載して必ず患者さんへお渡し下さい。)

開示医療機関名	
申請元 :	院長 殿
連携先 :	院長 殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け、貴院ならびに連携先病院との間において“ふくいメディカルネット”に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

〈申請医療機関記載欄〉 (同意書取得時に記載してください。)

医療機関名			
担当主治医氏名	登谷 大 修		
説明担当者	<input type="checkbox"/> 担当主治医 <input type="checkbox"/> その他 (部署 : _____ 氏名 : _____)		
連絡先	TEL	( _____ )	—
	FAX	( _____ )	—
連携開示医療機関	<input type="checkbox"/> 福井県立病院 <input type="checkbox"/> 福井県済生会病院 <input type="checkbox"/> 福井循環器病院 <input type="checkbox"/> 福井赤十字病院 <input type="checkbox"/> 福井総合病院 <input type="checkbox"/> 嶋田病院 <input type="checkbox"/> 春江病院 <input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 福井勝山総合病院 <input type="checkbox"/> 越前町国民健康保険織田病院 <input type="checkbox"/> 公立丹南病院 <input type="checkbox"/> 市立敦賀病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構敦賀医療センター <input type="checkbox"/> 杉田玄白記念公立小浜病院 <input type="checkbox"/> 若狭高浜病院		

〈患者さん記載欄 ※同意を撤回する際に記載して下さい。〉

平成 年 月 日
刀がナ 患者氏名 : _____ 男・女
生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住 所 : _____
(代理人記載の場合:代理人氏名 _____ 続柄 : _____)
撤回の理由 : _____

(設定解除依頼を受けた情報開示医療機関記載欄)

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
 担当者名 : \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

設定解除日
平成 年
月
日

※設定解除完了後、右の「設定解除日」に日付を記入し、捺印した上で、  
 閲覧医療機関また該当情報開示医療機関へFAXで返信をしてください。