

市立吹田市民病院
地域連携ネットワークシステム 同意撤回書

市立吹田市民病院 病院長 様

【同意撤回者：患者さま記載欄】			
私は、市立吹田市民病院における私の診療情報が下記の申込み医療機関で閲覧できることについての同意を撤回します。			
記入日 令和 年 月 日			
(フリガナ)			
患者氏名 (自署)			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所			
吹田市民病院 診察券番号	(※診察券をお持ちの場合はご記入ください)		
【代理人記載の場合】			
代理人記載者名 (自署)		続柄	

※本人 (家族) の同意があれば、医師の代筆でも可能です。

【同意撤回取得者：申込み医療機関記載欄】			
申込日 令和 年 月 日			
医療機関名			
担当医師名 (自署)			
貴院での患者ID	(※施設でお持ちの方のみ)		

※同意撤回書は2部コピーいただき、1部は貴施設で保存し、1部は患者さまへお渡しください。

原本は患者支援センター地域医療連携部門までご郵送をお願いします。

【問い合わせ先】

地方独立行政法人市立吹田市民病院 患者支援センター 地域医療連携部門
〒564-8567 大阪府吹田市岸部新町5番7号 TEL: 06-6387-3311 (代表)

【事務取扱欄】

受理日:	年 月 日
------	-------

地域 → 医事 (スキャナ保存)