

診療情報・試料等利用についての不同意書

阪和記念病院 院長 殿

私は、「診療情報・診療に伴い発生する試料等を医学研究・教育に利用」について、同意しません。

署名した日： 西暦_____年__月__日

診察券番号： _____

本人氏名： _____（自署または保護者・代諾者代筆）

生年月日： 西暦_____年__月__日（_____）歳

保護者・代諾者氏名： _____（続柄： _____）

記入上の留意事項

・この不同意書は、「診診療情報・診療に伴い発生する試料等を医学研究・教育に利用」に同意いただけない場合にのみ提出してください。なお、この不同意書が提出されない場合は、同意頂いたものとさせていただきます。

・患者様本人による記入が可能なら、患者様本人が記入してください。

・疾病等の理由により、患者様本人による判断や記入が困難な場合や、患者様本人が未成年の場合は、保護者の方または代諾者の方が記入してください。

病院記入欄

不同意の意思を確認致しました。

西暦_____年__月__日

受領者所属： _____

受領者氏名： _____