

べにばなネット利用における患者同意撤回届

私は、べにばなネットに参加し、私の診療情報が以下の医療機関等で相互に共有され、私の受ける診療に利用されることに同意していましたが、この度、利用同意を撤回します。

【患者様記載欄】

届出年月日	令和 年 月 日		
(フリガナ) 患者氏名 (自署)		性別	男・女
生年月日等	大正・昭和 平成・令和 年 月 日(満 歳)	電話番号	() —
住 所	(〒 —)		
本人以外の 場 合	氏名(自署) 続柄等(法定代理人・ 連絡先() 法定代理人以外の代書理由:本人は()のため署名できないので代書した。		
指 定 医 療 機 関 等	【情報開示病院】		
	<input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 東北中央病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形県立河北病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 (ID:) <input type="checkbox"/> 寒河江市立病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 天童市民病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 北村山公立病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形済生病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 国立病院機構山形病院 (ID:)		
	【他地域の情報開示病院】 <input type="checkbox"/> (ID:)		
	【情報開示病院以外の参照医療機関等】		
	① _____ (ID:)		
	② _____ (ID:)		

【受理した医療機関等記載欄】

施設名			
電話番号	() —	患者ID	
F A X	() —	F A X送信者氏名	

※ 患者様から撤回届を受理した施設は、情報開示病院にFAX後、原本を保管、コピーを患者様本人等にお渡しください。