

いしかわ診療情報共有ネットワーク
口頭同意撤回書

関係医療機関・施設等の長 様

いしかわ診療情報共有ネットワークに参加する医療機関において、下記患者の診療情報について、共同診療等に活用することの同意を得ていましたが、この同意を撤回する旨の申し出がありました。

患者情報欄	撤回書記入年月日	令和 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名	男 ・ 女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	撤回を申し出た人		続柄	

撤回取得施設記入欄	説明施設名			
		電話番号		
		FAX 番号		
	説明者職氏名	職名	氏名	
	備考			

※1 非共有処理を行う施設に FAX し、原本は取得(利用)施設で保管してください。

以下 非共有処理実施機関 記入欄

上記患者さんの情報の非共有処理を完了しましたので、お知らせします。

整理番号		[備考]
処理年月日		
処理担当者 所属・氏名		