

## 福大西新みえるネット不同意書

福岡大学西新病院長 殿

私は、「福大西新みえるネット」において、福岡大学西新病院で管理されている私の診療記録が閲覧されることに同意しません。

## ◆患者さんご記入欄

|                 |                     |       |   |       |   |       |   |       |
|-----------------|---------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|
| 撤回日：            | 西暦                  | _____ | 年 | _____ | 月 | _____ | 日 | _____ |
| 福岡大学西新病院患者 I D： | _____               |       |   |       |   |       |   |       |
| (ふりがな)          |                     |       |   |       |   |       |   |       |
| 氏 名：            | (自署)                | _____ |   |       |   |       |   |       |
| 生年月日：           | 西暦                  | _____ | 年 | _____ | 月 | _____ | 日 | _____ |
| 性 別：            | _____ 男性 ・ 女性 _____ |       |   |       |   |       |   |       |
| 代理人による場合        |                     |       |   |       |   |       |   |       |
| 代理人氏名：          | (自署)                | _____ |   |       |   |       |   |       |
| 患者との続柄：         | _____               |       |   |       |   |       |   |       |

## ◆医療機関（施設）記入欄

|             |            |
|-------------|------------|
| 医療機関（施設）名：  | _____      |
| 医療機関コード：    | _____      |
| 担当医名（利用者名）： | (自署) _____ |
| 電話番号（連絡先）：  | _____      |

この不同意書はコピーを 2 部とり、1 部は患者さんお渡しいただき、もう 1 部は貴施設で保管してください。原本は福岡大学西新病院地域医療連携センター宛ご郵送ください。

-----  
以下 西新病院記入欄（地域医療連携センター）

受 理 日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当 者： \_\_\_\_\_

中止設定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当 者： \_\_\_\_\_