

大阪病院ネットによる診療情報共有に関する同意撤回書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院
病院長 様

今般、私は下記医療機関に対してJCHO大阪病院地域医療連携ネットワークシステムを利用し、診療情報の共有に同意しておりましたが都合により、同意を撤回させていただきます。

<患者さま記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

同意撤回日	西暦	年	月	日
患者氏名	(ふりがな)			
生年月日	西暦	年	月	日
同撤回意者	本人 ・ 代理者 (どちらか○で囲んでください)			
代理者氏名			続柄	

●「同意撤回書」は原本を下記医療機関かJCHO大阪病院地域医療支援センターへ提出してください。

<かかりつけ医・紹介元記載欄> (同意取得時にあらかじめ記載してください)

説明をした主治医氏名 _____ (自署)

医療機関名 _____

●上記医療機関が「同意撤回書」を受け取った場合は、お手数ですがFAX後、原本を下記までご郵送ください。

送信先FAX番号：06-6441-0512 同意書撤回書 (原本) 郵送先：〒553-0003 大阪市福島区福島4-2-78 JCHO大阪病院 地域医療支援センター
--

(地域医療支援センター記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日 年 月 日