

不同意書

診療に伴い発生する診療情報・検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を使用することについて

社会医療法人 畿内会 岡波総合病院 殿

私は、「診療に伴い発生する診療情報・検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を医学研究・医学教育などに使用することへの同意」について了承することができません。

令和 年 月 日

登録事業名 _____

本人（患者さん）氏名 _____（自署）

住所 _____

診察券番号 _____

代諾者氏名 _____（自署）

本人との関係 _____

記載上の留意事項

1 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。

2 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者、後見人など）の方が記載してください。

(1) 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合

(2) ご本人が 15 歳以下の場合

3 不同意書は、平日(9:00～17:00)は受付、休日及び時間外(17:00～9:00)は救急外来受付に提出してください。

受領日 令和 年 月 日

受領者

受領後は速やかに、総務課へ提出お願い致します。