

にしたま ICT 医療ネットワーク同意撤回書

院長殿

私は、にしたま ICT 医療ネットワークに参加する医療機関において、私の診療情報が、私の受ける共同診療等に活用されることに同意していましたが、この同意を撤回します。

患者様 ご記入欄	撤回書記入年月日	西暦 年 月 日			
	フリガナ 患者氏名（自署）	男 ・ 女			
	生年月日	年 月 日			
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）		続柄	
	撤回する同意書	西暦 年 月 日に同意した同意書			

※撤回する同意書の日付は、医療機関担当者がシステムで確認し、記入をお願いします。

撤回書 取得機関 記入欄	説明医療機関名			
	説明者職氏名	職名	氏名	
	備考			

- ※1 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
※2 本紙は、にしたま ICT 医療ネットワーク協議会事務局（西多摩医師会内）に送付してください。同協議会から関係利用施設に送付します。

以下 共有取消処理実施機関 記入欄

上記患者さんの情報の共有取消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		