

記載例（参照医療機関等の場合）

べにばなネット利用における患者同意撤回届

私は、べにばなネットに参加し、私の診療情報が以下の医療 **※枠の中を記入してください**

患者様に署名いただく **用されることに同意していましたが、この度、利用同意を撤回します。**

【患者様記】

届出年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
(フリガナ) 患者氏名 (自署)	ムラヤマ タロウ 村山 太郎		性別 (男) ・ 女
生年月日等	大正・昭和 平成・令和	49年1月1日 (満50歳)	電話番号 (023) 627-1245
住所	(〒990-0031) 山形市十日町一丁目6-6		
本人以外の 場合	氏名(自署) 続柄等(法定代理人・連絡先) 法定代理人以外の代書理由: 本人は()のため署名できないので代書した。		
指定医療機関等	【情報開示病院】 見ていた医療機関		
	<input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 東北中央病院 (ID:) <input checked="" type="checkbox"/> 山形県立中央病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形県立河北病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 (ID:) <input type="checkbox"/> 寒河江市立病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 天童市民病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 北村山公立病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 山形済生病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 国立病院機構山形病院 (ID:)		
	【他地域の情報開示病院】 <input type="checkbox"/> (ID:)		
【情報開示病院以外の参照医療機関等】			
① _____ (ID:)			
② _____ (ID:)			

撤回届を受理した施設について記入

【受理した医療機関等記載欄】

施設名	○○○○病院 撤回届を受理した施設の患者IDを記入		
電話番号	(023) 627 - 1142	患者ID	*****
FAX	(023) 627 - 1126	FAX送信者氏名	地域連携室 山田 花子

※ 患者様から撤回届を受理した施設は、情報開示病院にFAX後、原本を保管、コピーを患者様本人等にお渡しください。