

同意撤回書

豊中市病院事業管理者 様

私は、市立豊中病院ネットにおける私の診療情報の閲覧について同意をしておりましたが、下記のとおり同意を撤回します。

患者記入欄			
<input type="checkbox"/> (1) 下記の医療機関・薬局が、市立豊中病院が保有する私の診療情報を市立豊中病院ネットを利用して閲覧することについての同意を撤回します。			
<input type="checkbox"/> (2) ID-Link を利用している施設が、患者登録作業等のために、私の個人情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、カルテID）を利用することについて同意を撤回します。			
※上記(1)または、(1)、(2)の両方にチェックを記入してください。 ※(2)については、閲覧の同意を撤回する医療機関・薬局以外での患者登録や、医療機関・薬局での職員としての登録がある場合には、削除できません。すべての患者情報、職員情報の削除後に利用の停止が可能となります。			
記入日	年 月 日	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
(ふりがな) 氏名	(自署でお願いします)	性別	男・女
		電話番号	
住所			
代理人記載の場合 ※1	代理人氏名 本人との関係 代理人住所 代理人電話番号		
閲覧する医療機関の診察券番号 (薬局の場合は記入不要です。)	(前についているゼロも省略せず記入してください)	市立豊中病院の診察券番号(8桁)	
閲覧を中止する医療機関名・薬局名			

※1 代理人は、原則として法定代理人とします。ただし、やむを得ない事情がある場合には正当な代理人による同意撤回が可能な場合があります。また、同意撤回書に添えて委任状と本人確認書類を提出していただく必要があります。事前に地域医療連携室までお電話をお願いします。

〈送付先〉市立豊中病院 地域医療連携室
〒560-8565 豊中市柴原町4-14-1 TEL 06-6858-3597 FAX 06-6858-3555

【事務局取得欄】受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日