

<不 同 意 書>

不知火病院院長 殿

私は、診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて、
包括同意を了承することはできません。

令和 年 月 日

本人（患者さん）氏名 (自署)

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

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）が記載してください。
 - (1) 疾病などの理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
 - (2) ご本人が未成年の場合
- 3、不同意書の提出は**医事課または入院中の病棟ナースステーション**に提出してください。
- 4、この不同意書に関するお問い合わせは診療情報管理室までお願いいたします。

以下、病院職員記入欄

受付日 令和 年 月 日

カルテ ID

受付者印

受付日とカルテ ID を記入し受付者印を押印後、本紙を診療情報管理室へ提出してください。