

記載例（参照医療機関の場合）

別記様式第4号

※ 受付年月日：平成 年 月 日

※ 処理年月日：平成 年 月 日

※ 紐付けを行う医療機関で記入保管してください。

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機関等で相互に共有され、私の受ける診療に利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。

【患者様記載欄】

届出年月日	平成 28 年 2 月 23 日		
(フリガナ) 患者氏名 (自署)	ムラヤマ タロウ	性別	男・女
	村山 太郎		
生年月日等	明治・大正 昭和・平成	38年6月15日(満51歳)	電話番号 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)	
見ていた医療機関 理由: 本人は()のため署名できないので代書した。			

【情報開示病院】

指 定 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:)

【情報開示病院以外の参照病院・参照診療所】

① _____ (ID:)

② _____ (ID:)

【受理した医療機関記載欄】

救急患者対応機能を使用 (使用の場合のみチェック)

医療機関名	〇〇〇〇病院		
電話番号	(023) 630-2320	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。