

記載例（情報開示病院の場合）

べにばなネット利用における患者同意撤回届

※枠の中を記入してください

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、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。

【患者様記載欄】

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 代理人	氏名 (自署)	続柄等 (法定代理人・ 連絡先 ())	
	見ていた・見せていた医療機関 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】 ※「受理した(届け出た)医療機関」もチェックしてください。			
	<input checked="" 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	見せていた医療機関	(ID:)	
	【情報開示病院以外の参照医療機関等】			
	①	(ID:))	
	②	(ID:))	

【受理した医療機関等記載欄】

施設名	○○○○病院		
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。