

**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                      | 令和 年 月 日   |  |                                 |
| (フリガナ)<br>患者氏名<br>(自署)     |  | 性別   | 男・女                             |
| 生年月日等                      | 明治・大正<br>昭和・平成 年 月 日(満 歳)<br>令和                                    | 電話番号                                       | ( )<br>—                        |
| 住 所                        | (〒 — )   |  |                                 |
| 本人以外の<br>場 合               | 氏名(自署) 続柄等(法定代理人・<br>連絡先( )<br>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<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関 | <b>【情報開示病院】</b>  |  |                                 |
|                            | <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 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: ) |                                 |
|                            | <b>【他地域の情報開示病院】</b>  |  | <input type="checkbox"/> (ID: ) |
|                            | <b>【情報開示病院以外の参照病院・参照診療所】</b>                                       |  |                                 |
|                            | ① _____ (ID: )   |  |                                 |
|                            | ② _____ (ID: )   |  |                                 |

**【受理した医療機関記載欄】**

|       |       |            |  |
|-------|-------|------------|--|
| 医療機関名 |       |            |  |
| 電話番号  | ( ) — | 患者ID       |  |
| F A X | ( ) — | F A X送信者氏名 |  |

※ 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。