

診療情報・試料利用についての不同意書

厚木市立病院長 殿

私は「医学研究及び教育のための診療情報・試料の利用」に関する同意（包括同意）を、了承することはできません。

西暦 年 月 日

診察券・登録番号 _____

患者氏名（本人） _____（自署）

代諾者氏名 _____（自署）

本人との関係 _____

記入上の留意事項

1. 患者さんご本人による記入が可能であれば、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）の方が記入してください。
 - ・疾病等の理由により、ご本人による判断、記入が困難な場合
 - ・ご本人が未成年の場合
3. 不同意書は、平日（午前8時30分～午後5時）は患者支援センター、土日祝日及び時間外（午後5時以降）は救急センター受付または入院された病棟のナースステーションに提出してください。

(病院記入欄)

不同意の意思を確認いたしました。

西暦 年 月 日

受領者所属

受領者氏名

*この「不同意書」は診療録に保管し、コピーを本人または代諾者に渡してください。