

医薬品等の適応外使用のオプトアウトに対する医療拒否通知書

外旭川病院長 殿

私は、下記の内容に関する医療行為の実施を拒否します。

	年	月	日
実施内容：	_____		
診察券ID：	_____		
患者氏名：	_____		
住所：	_____		
代諾者：	_____		
患者との関係：	_____		

上記治療の拒否により患者様への診療における不利益は一切ございません。

《記載上の留意事項》

- ・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。
- ・枠内に必要事項を記入の上、受付へ提出または下記宛先へご郵送ください

《郵送先》

〒010-0802
秋田県秋田市外旭川字三後田142
外旭川病院
018-868-5511（代）