

診療情報地域連携システム参加同意撤回書

連携施設名 _____

情報管理責任者様

私は、診療情報地域連携システムで私の診療情報が共同診療に活用されることに同意していましたが、撤回いたします。

撤回書記入日	令和 年 月 日			
患者氏名(自署)				
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
代理人による記載	代理人氏名(自署)		続柄	

同意撤回によって、今後の診療等においていかなる不利益も生じません。

この同意撤回書の使用方法

この撤回書は診療情報地域連携システムの参加同意を撤回するときに必要な書類ですので大切に保管して下さい。

診療情報地域連携システムへの参加同意を撤回する必要があるときに必要事項を記入の上、最寄りの診療情報地域連携システム参加機関に提出して下さい。

紛失した場合は最寄りの参加医療機関で再発行を受けて下さい。

同意撤回書提出後、速やかに処理をいたしますが、システムに反映するまでに一定の時間を要する場合がありますので予めご了承下さい。