

自治医科大学附属さいたま医療センター

適応外医薬品のオプトアウトに対する医療拒否通知書

自治医科大学附属さいたま医療センター長 殿

私は、下記の内容に関する当該医療行為の実施を拒否します。

記載日：_____年_____月_____日

実施内容：_____

患者氏名：_____

診察券番号 ID：_____

(代筆者氏名※1：_____)

(代諾者氏名※2：_____)(本人との関係：_____)

(代諾者連絡先：_____)

※1 患者本人が承諾しているが署名ができない場合に使用

※2 未成年や理解能力の問題等で患者本人に判断能力がない場合に使用

お手数ですが、枠線内に必要事項をご記入の上、下記お問合せ窓口、あるいは担当医にご提出ください。

なお、本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ありません。

お問合せ窓口：診療倫理審査委員会事務局
電話番号：048-647-2111（代表）