

自治医科大学附属病院  
未承認・適応外医薬品のオプトアウトに対する医療拒否通知書

自治医科大学附属病院病院長 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<sup>※1</sup>： \_\_\_\_\_ )

(代諾者氏名<sup>※2</sup>： \_\_\_\_\_ ) (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、下記お問い合わせ窓口、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ございません。

お問い合わせ窓口：医療の質向上・安全推進センター内

未承認新規・適応外等医薬品評価委員会事務局

電話番号：0285-44-2111 (代表)