

未承認・適応外医薬品及び医療機器等のオプトアウトに対する医療拒否通知書

みやぎ県南中核病院 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。

記載日：_____年_____月_____日

治療内容：_____

患者氏名：_____

診察券 ID 番号：_____

生年月日：_____年_____月_____日

代筆者氏名※1：_____ 続柄：_____

代諾者氏名※2：_____ 続柄：_____

代諾者連絡先：_____ - _____ - _____

※1 患者本人が承認しているが署名ができない場合に使用

※2 患者本人が承認しているが署名ができない場合に使用

お手数ですが、枠線内にある事項（下線部分）をご記入の上、担当医にご提出ください。

なお、この治療を拒否することにより、日常診療における不利益は一切生じません。