

<不同意書>

埼玉県済生会川口総合病院 病院長殿

私は、診療に関連する試料や記録等を医学研究・教育に利用することについて、
包括同意をいたしかねます。

年 月 日

本人（患者さん）氏名 _____（自署）

生年月日 _____ 年 月 日

診察券番号 _____

代諾者氏名 _____（自署）

本人との関係 _____

【記載にあたってのご注意】

1. 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。
2. 以下のいずれかに該当する場合は、保護者・後見人等の代諾者をご記入ください。
(ア) 疾病などの理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
(イ) ご本人が未成年である場合
3. 記入後、この不同意書は**総合受付窓口**までご提出ください。
4. 本不同意書に関するお問い合わせは、下記までご連絡ください。
【お問い合わせ先：病院 0570-08-1551（代表）】

【以下、病院職員記入欄】

受付日 年 月 日 カルテID：

受付者印

※受付日およびカルテIDを記入のうえ、受付者印を押印し、本紙を診療情報課へ提出してください。