

天理よろづ相談所病院
包括同意に関する医療拒否通知書

天理よろづ相談所病院病院長 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： _____ 患者番号 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。

天理よろづ相談所病院 患者総合支援センター
電話番号：0743-63-5611(大代表)