

様式第5号（第17条関係）患者同意撤回届

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意撤回届

豊橋市民病院 院長 様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記の医療機関において豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<患者記載欄>

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署) 男・女
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所： _____
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)
豊橋市民病院 診察券登録番号 _____ ※必ず記載する必要はありません

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名： _____
情報提供を受ける かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電 話： (_____) _____ - _____ FAX： (_____) _____ - _____

*本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へFAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<撤回>

受 理 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 登 録 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 患 者 I D： _____

受付者	作業者