

オプトアウトに対する医療拒否通知書

独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院 病院長 殿

私は、地域医療機能推進機構 金沢病院における「未承認・適応外使用の医薬品・医療機器等に関する情報公開（オプトアウト）」で承認されている以下の使用について、不同意の意思を表明します。

【院内で承認された未承認・適応外使用の医薬品・医療機器等】

【患者記入欄】

患者氏名：_____ ID 番号：_____

生年月日：_____年____月____日

診療科：_____

担当医師名：_____

【意思表示】

私は上記の未承認・適応外使用の医薬品・医療機器等について、実施しないよう希望します。

【署名】

日付：_____年____月____日

本人署名（自筆）：_____

代筆人署名^{※1}：_____（本人との関係：_____）

代諾者署名^{※2}：_____（本人との関係：_____）

※1：患者本人が承諾しているが署名できない場合に使用

※2：未成年や理解能力等の問題で患者本人に判断能力がない場合に使用

【確認欄（病院用）】

受理者：_____

受理日：_____年____月____日