

(様式5)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) への同意撤回届

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) について、説明及び文書の交付を受け、本サービスの利用について同意しておりましたが、撤回します。

| 同意撤回者 (患者) 記入欄                 |               |    |   |  |
|--------------------------------|---------------|----|---|--|
| 同意撤回日                          | (西暦) 20 年 月 日 |    |   |  |
| 同意者 (患者) 氏名                    | (フリガナ)        |    |   |  |
|                                | -----         |    |   |  |
| 生年月日                           | 年 月 日         | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |
| ※1 代理者記載欄                      | 代理者氏名         |    | 続柄  |  |
| 同意撤回理由                         |               |    |   |  |
| 施設 (利用者) 記入欄 (同意取得時に記載してください。) |               |    |   |  |
| 施設名                            |               |    |   |  |
| 利用者名                           | (フリガナ)        |    |   |  |
|                                | -----         |    |   |  |
| 連絡先                            |               |    |   |  |
| 説明者 (利用者と異なる場合に記載)             | 説明者名 :        |    |   |  |

※1 同意撤回者 (患者) 本人 (18 歳以上の意思能力がある者) の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意撤回が困難な場合は、親族又は親族に準ずる代理人による同意撤回も可能です。その場合、代理者記載欄へ署名をお願いします。なお、18 歳未満の場合は、代理者記載欄に親権者の署名をお願いします。

—— 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 ——

| 設定解除日    | 担当者名 |
|----------|------|
| 20 年 月 日 |      |

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 担当  
089-964-5111 (代表) 内線 2362  
FAX : 089-960-5995