

注意: 金沢大学附属病院継続診療システムは、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加しています。  
石川県内の施設の方は、いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会が定める様式を使用願います。

## 金沢大学附属病院継続診療システム 同意撤回書

金沢大学附属病院長 殿  
下記情報閲覧医療機関の院長 殿

私は、私の金沢大学附属病院での医療情報が、私の受診する医療機関（下記情報閲覧医療機関）での診療に利用されることに同意していましたが、この同意を撤回します。

患者記入欄	撤回書記入年月日	平成 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名(自署)	男 ・ 女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	現住所	〒 -		
	代理人記入の場合	代理人氏名(自署)	続柄	
	情報閲覧医療機関名			
	金沢大学附属病院の診察券の番号をご記入ください。			

※ 本紙は、金沢大学附属病院地域医療連携室へ持参又は郵送してください。

以下 金沢大学附属病院 記入欄

上記患者さんの同意撤回手続きを完了しましたので、お知らせします。

	地域医療連携室	ブロック受付
整理番号		[ ]番ブロック受付
担当		⇒ 地域医療連携室へ送付
処理日	平成 年 月 日	してください。

〒920-8641 金沢市宝町13番1号  
金沢大学附属病院 地域医療連携室  
TEL 076-265-2039 FAX 076-234-4307  
受付時間 8時30分～17時  
月～金（休診日を除く。）