

## ふじのくにねっとによる診療情報の提供についての不同意書

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル統括責任者 殿

私は、ふじのくにねっとによる診療情報の提供について同意しません。

### <患者様ご記入欄>

署名した日： 年 月 日

ふりがな  
氏名

\_\_\_\_\_ (旧姓 \_\_\_\_\_) 男・女 (自署)

※旧姓がある場合、旧姓もご記入ください。

生年月日

大正・昭和

平成・令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住 所

\_\_\_\_\_

(代理者記載の場合 代理者署名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ )

※不同意書を提出された場合は、提出先の医療機関だけでなく、ふじのくにねっとに参加する全ての施設において、あなたの診療情報をふじのくにねっとによる共有ができなくなります。

※記入済みの不同意書は、地域医療連携室へ提出してください。

以下、病院記入欄

受領日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受領者： 部署 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_