

さどひまわりネット  
患者情報の提供に関する同意撤回届

佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会 殿

私は貴協議会とさどひまわりネット参加施設との間およびさどひまわりネット参加施設間において、私の患者情報が私の受ける医療介護福祉サービスに活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。

<同意撤回者記入欄>

(必須項目)	記入日	令和	年	月	日
フリガナ:	_____	_____	_____	_____	_____
○同意者:	姓: _____	名: _____	○性別:	男・女	
○生年月日:	明・大・昭・平・令	年	月	日	
(代理人記載の場合(※1):	代理人氏名 _____	続柄:	_____		

※1 未成年の場合は必ず保護者の同意を得てください。

<受領施設記入欄>

	受領日	令和	年	月	日
○施設名:	_____				

◆受領施設の方へ: コピーを取り、1部を患者さんの控えとしてお渡しく下さい。

<協議会使用欄>

--

(事務局取扱欄)

- 
- |  |   |    |   |   |   |
|--|---|----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 撤回届受領日        | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> システムからのデータ削除日 | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 棚卸日           | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |

記入例

さどひまわりネット  
患者情報の提供に関する同意撤回届

佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会 殿

私は貴協議会とさどひまわりネット参加施設との間およびさどひまわりネット参加施設間において、私の患者情報が私の受ける医療介護福祉サービスに活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。

<同意撤回者記入欄>

(必須項目)	記入日	令和	4年	2月	1日
フリガナ:	サド	トキコ			
○同意者:	姓: 佐渡	名: とき子	○性別: 男	女	
○生年月日:	明・大	昭・平・令	63年	8月	29日
(代理者記載の場合(※1):)	代理者氏名	続柄:			

※1 未成年の場合は必ず保護者の同意を得てください。

<受領施設記入欄>

	受領日	令和	年	月	日
○施設名:					

◆受領施設の方へ: コピーを取り、1部を患者さんの控えとしてお渡しく下さい。

<協議会使用欄>

--

(事務局取扱欄)

- |  |   |    |   |   |   |
|--|---|----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 撤回届受領日        | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> システムからのデータ削除日 | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 棚卸日           | : | 令和 | 年 | 月 | 日 |