

順天堂大学医学部附属順天堂医院
医療行為拒否（オプトアウト）通知書

順天堂大学医学部附属順天堂医院院長 殿

私は、下記の内容に関する医療行為の実施を拒否します。

記載日： _____年____月____日

実施内容： _____

（患者氏名） _____（自署・代筆）

（生年月日） _____年____月____日

（診察券番号） _____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名） _____

（患者さんとの関係： _____）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ、入院する病棟もしくは対象診療科の受付にご提出ください。

本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。