

※病院記入欄

患者 ID : _____

不 同 意 書

県立広島病院長 様

私は、診療情報や検査試料などを臨床研究および症例報告に活用されることに同意いたしません。

令和 年 月 日

氏名 _____

診察券番号 _____

住所 _____

代理人 _____

(本人との続柄) _____

上記について確認しました

令和 年 月 日

診療科 _____

主治医サイン _____

(書類の流れ)

患者様 → 担当医 → 各科受付クラーク (コピー：患者様、原本：医事課) →
医事課 (カルテ入力) 原本保管