

市立貝塚病院  
未承認・適応外医薬品のオプトアウトに対する医療拒否通知書

市立貝塚病院 病院長様

私は、下記の内容に関する当該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： \_\_\_\_\_

患者 ID(診察券番号)： \_\_\_\_\_

代筆者氏名： \_\_\_\_\_

(本人の承諾はあるが署名できない場合)

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ (本人との関係)： \_\_\_\_\_

代諾者連絡先： \_\_\_\_\_

(未成年、理解等の問題により判断が事故でできない場合)

お手数ですが、上記に必要事項をご記入の上、入退院窓口(医事課)あるいは担当医にご提出  
ください。

なお、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。

お問い合わせ窓口：医事課  
電話番号：072-422-5865(代表)