

新潟大学医歯学総合病院
未承認・適応外医薬品及び医療機器等のオプトアウトに対する医療拒否通知書

新潟大学医歯学総合病院長 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： _____

診察券 ID 番号： _____

患者氏名： _____

生年月日： _____

（代筆者氏名^{※1}： _____ ）

（代諾者氏名^{※2}： _____ ）（本人との関係： _____ ）

（代諾者連絡先： _____ - _____ ）

※1 患者本人が承諾しているが署名ができない場合に使用

※2 未成年や理解能力の問題等で患者本人に判断能力がない場合に使用

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入の上、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。