

「くまもとクロスネットシステム」閲覧同意撤回書

熊本赤十字病院長 様

私は、熊本赤十字病院の地域医療連携ネットワーク「くまもとクロスネットシステム」にて熊本赤十字病院における私の診療情報が閲覧されることに同意しておりましたが、今般、閲覧の同意について撤回します。

患者さんご記載欄 （同意を撤回する際に記載してください）

令和	年	月	日
ふりがな			
患者さんの氏名 _____ (自署) 男・女			
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
(代理者記載の場合)			
代理者氏名 _____			
続柄 _____			
かかりつけ医療機関（施設）名 _____			
主治医氏名 _____			

患者さんご本人用にコピーをお渡しく下さい。
原本は熊本赤十字病院医療連携室に郵送してください。

郵送先
熊本赤十字病院 医療連携室
〒861-8520 熊本市東区長嶺南二丁目1番1号
電話：096-384-2111 内線 7231 FAX：096-213-7399