昭和大学病院

医療拒否（オプトアウト）通知書

昭和大学病院病院長　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 ：

（患者氏名）

（生年月日）

（診察券番号I D）

※ 必要時記載　　代諾者氏名：

　　　　（患者との関係　　　　　　　　　　　　　　）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記宛先にご郵送ください。

ご持参された場合は中央棟１階会計窓口へご提出ください。

郵送先

昭和大学病院　クオリティマネジメント課

〒142-8666　東京都品川区旗の台1-5-8

代表　03-3784-8000

本件の拒否により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。