

三重地域圏統合型医療情報データベース登録拒否通知書

伊勢赤十字病院長 殿

私は、伊勢赤十字病院において、電子カルテに収集された私の診療情報が三重地域圏統合型医療情報データベース事業（以下、「Mie-LIP DB 事業」という）へ登録されることを拒否します。

私の診療情報が、Mie-LIP DB 事業へ登録されることを拒否します。

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者氏名） _____ （自署・代筆）

（生年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（診察券番号） _____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名） _____

（患者さんとの関係： _____）

お手数ですが、枠線内に必要事項をご記入のうえ下記郵送先にお送りください。または、当病院 1 階 患者支援センターにご提出ください。

受領日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受領者 _____

郵送先・提出窓口

三重大学医学部附属病院

Mie-LIP DB センター（臨床研究開発センター内）

〒514-8507 三重県津市江戸橋 2-174

Fax: 059-231-5475

Mie-LIP DB 登録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。

※受領後は速やかに医療情報管理課へ提出お願い致します。