

## 医療行為拒否通知書

伊勢赤十字病院 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。

年 月 日

実施内容：

本人（患者さん）氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

住所 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

本人との関係 \_\_\_\_\_

### 記載上の留意事項

- 1 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
- 2 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者、後見人など）の方が記載してください。
  - (1) 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
  - (2) ご本人が 15 歳以下の場合
- 3 不同意書は、平日（8：30～17：00）は患者支援センター、  
休日及び時間外（17：00～8：30）は救急外来受付に提出してください。

受領日 年 月 日

受領者 \_\_\_\_\_

※受領後は速やかに診療支援課へ提出お願い致します。