

福岡大学病院 医療行為拒否通知書

福岡大学病院病院長 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) _____ (自署・代筆)

(生年月日) _____年_____月_____日

(患者 ID) _____

※ 必要時記載 代筆者：(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)をご記入のうえ患者相談窓口(医療安全管理部)にご提出ください。

提出窓口

福岡大学病院 患者相談窓口
〒814-0180 福岡県福岡市城南区七隈 7-45-1
代表 092-801-1011(内線 4630)

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。