

医療行為拒否通知書

榊原記念病院 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：_____

患者さん氏名：_____（自署・代筆）

生年月日：西暦_____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（下線部分）をご記入のうえ、診療時に主治医にご提出ください。

本件の拒否による患者さんの日常の診療における不利益は一切ございません。