

ふくいメディカルネット同意撤回書

(同意書記入時に必要箇所を記載して必ず患者さんへお渡し下さい。)

開示医療機関名

申請元 :

院長 殿

連携先 :

院長 殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け、貴院ならびに連携先病院との間において“ふくいメディカルネット”に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

〈申請医療機関記載欄〉 (同意書取得時に記載してください。)

医療機関名			
担当主治医氏名			
説明担当者	<input type="checkbox"/> 担当主治医 <input type="checkbox"/> その他 (部署 : _____ 氏名 : _____)		
連絡先	TEL	(_____)	—
	FAX	(_____)	—
連携開示医療機関	<input type="checkbox"/> 福井県立病院 <input type="checkbox"/> 福井県済生会病院 <input type="checkbox"/> 福井循環器病院 <input type="checkbox"/> 福井赤十字病院 <input type="checkbox"/> 福井総合病院 <input type="checkbox"/> 嶋田病院 <input type="checkbox"/> 福井厚生病院 <input type="checkbox"/> 春江病院 <input type="checkbox"/> 坂井市立三国病院 <input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 福井勝山総合病院 <input type="checkbox"/> 越前町国民健康保険織田病院 <input type="checkbox"/> 公立丹南病院 <input type="checkbox"/> 木村病院 (鯖江) <input type="checkbox"/> 林病院 <input type="checkbox"/> 市立敦賀病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構敦賀医療センター <input type="checkbox"/> 杉田玄白記念公立小浜病院 <input type="checkbox"/> 若狭高浜病院		

〈患者さん記載欄 ※同意を撤回する際に記載して下さい。〉

平成 年 月 日
フリガナ 患者氏名 : _____ 男・女
生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住 所 : _____
(代理人記載の場合: 代理人氏名 _____ 続柄 : _____)
撤回の理由 : _____

(設定解除依頼を受けた情報開示医療機関記載欄)

医療機関名 : _____

担当者名 : _____ 印

電話番号 : (_____) _____

設定解除日

平成 年

月

日

※設定解除完了後、右の「設定解除日」に日付を記入し、捺印した上で、
 閲覧医療機関また該当情報開示医療機関へFAXで返信をしてください。

※同意撤回をする場合には以下の該当病院に提出してください。

<該当する病院にFAX、持参又は郵送で連絡をお願い致します。>

該当する病院にFAXで連絡をお願いいたします。

■福井県立病院 地域医療連携推進室
住所 〒910-8526 福井市四ツ井2-8-1
電話 0776-57-2900 FAX 0776-57-2901

■福井循環器病院 地域医療連携室
住所 〒910-0833 福井市新保2-228
電話 0776-54-5761 FAX 0776-54-5977

■福井総合病院 地域医療連携室
住所 〒910-8561 福井市江上町58-16-1
電話 0776-59-2502 FAX 0776-59-2532

■福井厚生病院 医療連携センター
住所 〒918-8537 福井市下六条町201
電話 0776-41-8048 FAX 0776-41-3405

■坂井市立三国病院 地域医療連携室
住所 〒913-8611 坂井市三国町中央1-2-34
電話 0776-82-5222 FAX 0776-82-7050

■福井勝山総合病院 地域支援室
住所 〒911-8558 勝山市長山町2-6-21
電話 0779-88-8262 FAX 0779-88-0371

■公立丹南病院 地域医療連携室
住所 〒916-8515 鯖江市三六町1-2-31
電話 0778-52-8006 FAX 0778-52-8016

■林病院 地域連携室
住所 〒915-8511 越前市府中1-5-7
電話 0778-21-2292 FAX 0778-21-3440

■国立病院機構敦賀医療センター 地域医療連携室
住所 〒914-0195 敦賀市桜ヶ丘町33-1
電話 0770-25-1600 FAX 0770-25-0354

■若狭高浜病院 地域連携室
住所 〒919-2293 高浜町宮崎87-14-2
電話 0770-72-0880 FAX 0770-72-0822

■福井県済生会病院 地域医療連携室
住所 〒918-8503 福井市和田中町舟橋7-1
電話 0776-28-8521 FAX 0776-28-8525

■福井赤十字病院 地域医療連携課
住所 〒918-8501 福井市月見2-4-1
電話 0776-36-4110 FAX 0776-36-0240

■嶋田病院 地域連携情報サービス室
住所 〒910-0855 福井市西方1-2-11
電話 0776-30-8822 FAX 0776-30-8833

■春江病院 地域連携室
住所 〒919-0476 坂井市春江町針原第65号7
電話 0776-51-1029 FAX 0776-51-0602

■福井大学医学部附属病院 地域医療連携部
住所 〒910-1193 永平寺町松岡下合月23-3
電話 0776-61-8451 FAX 0776-61-8150

■越前町国民健康保険織田病院 地域医療連携課
住所 〒916-0215 越前町織田第106号44-1
電話 0778-36-1022 FAX 0778-36-1001

■木村病院（鯖江） 地域連携室
住所 〒916-0025 鯖江市旭町4-4-9
電話 0778-51-6171 FAX 0778-51-0624

■市立敦賀病院 地域医療連携室
住所 〒914-8502 敦賀市三島町1-6-60
電話 0770-21-1266 FAX 0770-21-1005

■杉田玄白記念公立小浜病院
地域連携室（紹介患者窓口）
住所 〒917-8567 小浜市大手町2-2
電話 0770-52-0990 FAX 0770-52-1152