

## 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。)

- |  |  |                                      |                                  |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <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"/> 木村病院 (あわら)    | <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      |                                  |
| <input type="checkbox"/> 閲覧機関名 ( _____ ) |  | 院長・管理者 殿                             |                                  |

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療施設において“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。

〈申請機関記載欄〉 (同意書取得時に記載してください。)

説 明 者 名: \_\_\_\_\_

申 請 機 関 名: \_\_\_\_\_

※連携先の医療機関に☑を御願います。

〈患者さん記載欄 ※同意を撤回する際に記載して下さい。〉

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

患者氏名: \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日: 西暦/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

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申請機関もしく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 福井市四ッ井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 地域医療連携室  
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

■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

■木村病院（あわら） 医事課  
住所 〒919-0634 あわら市北金津第57号25番地  
電話 0776-73-3323 FAX 0776-73-4750

■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1-3-5  
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