

大阪医科薬科大学病院
同意拒否申出書

大阪医科薬科大学病院 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：「せん妄に対する薬物療法における抗精神病薬の適応外使用」

(患者様氏名)

(自署・代筆)

(生年月日) _____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）をご記入のうえ下記、郵送先にお送り頂くか、担当医師にご提出ください。

郵送先・提出窓口

〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7
大阪医科薬科大学病院 庶務課
TEL072-683-1221（代表）