

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：_____不眠症治療における催眠系薬剤の追加投与_____

(患者氏名) _____ (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、郵送先にお送りいただくか、担当医師にご提出ください。

郵送先・提出窓口

大阪医科薬科大学病院 庶務課
〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7
TEL 072-683-1221(代表)