

久留米大学病院 医療行為拒否通知書

久留米大学病院長 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： 西暦 年 月 日

実施内容：「ビタミン類の需要が増大し、食事からの摂取が不十分な際の補給」に
対するダイビタミンックス注の使用

患者氏名：（署名欄）

患者住所：

（生年月日） 年 月 日

（診察券 患者番号）

【代理欄】

代理理由： ☐ 患者本人に撤回の意思があるが、自署が難しい場合
☐ その他（ ）

代理者：（署名欄） （続柄）

【代諾欄】

代諾理由： ☐ 患者が未成年（18歳未満）である場合
☐ 患者本人に意思決定能力が無い場合
☐ その他（ ）

代諾者（署名欄） （続柄）

代諾者住所

*署名欄は自署にて記載すること。

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ受診科担当医師にご提出ください。

本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。