

ID :
患者氏名 :
生年月日 :

適応外使用医薬品における医療行為拒否通知書

医療機関の長 殿

私は適応外使用医薬品における下記の医療行為の実施を拒否します。

(なお、この同意書に署名した後でも同意の変更は可能です。その際、治療上の不利益を生じることはありません。ご不明なこと、ご要望があれば遠慮なくお申し出ください。)

実施内容 : _____

記入年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ [自署]

生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者 (ご家族など) _____ [自署] 患者との関係 : _____