

## 適応外医薬品のオプトアウトに対する医療拒否通知書

医療機関の長 殿

私は適応外医薬品における下記の内容に関する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

保護者または保証人氏名： \_\_\_\_\_ [自署] 患者との関係： \_\_\_\_\_