

京都第二赤十字病院
未承認・適応外使用に関する医療行為拒否通知書

京都第二赤十字病院 病院長 殿

私は、下記の未承認・適応外使用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：_____

(患者様氏名) (自署・代筆)

※ 必要時記載 代筆者：(氏名)_____

(患者さんとの関係：_____)

お手数ですが、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、医師・看護師・薬剤師ほか職員にご提出ください。

郵送先・提出窓口

京都第二赤十字病院 総務課 総務係
〒602-8026
京都市上京区釜座通丸太町上ル春帯町 355-5
代表 075-231-5171

※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。