

同意撤回書

福岡大学病院 病院長 殿

患者氏名： _____

インスリン依存性糖尿病に対する同種膵島移植

私は、上記治療の実施について同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回いたします。

なお、検査結果などのデータの取り扱いについては以下の通りと致します。

- 同意日から本日までのデータを利用することには同意します。
- 同意日から本日までのデータの利用についても拒否します。
- 本日以降につきましてもデータの利用については同意します。

また、治療に関する同意撤回文書の写しを受取りました。

同意撤回日：西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 本人署名： _____

同意撤回日：西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 代諾者署名： _____

本人との続柄： _____

私は、同意撤回の意思を確認いたしました。

撤回確認日：西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

担当医師： _____ 科（部） _____