

様式1号

個人情報に関する開示請求書

太枠内

にご記入ください。

(請求年月日)

平成

年

月

日

一般財団法人順天厚生事業団 健診センター長 あて

下記のとおり個人情報の開示を請求します。

開示を受けようとする健診受診者又は患者	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	事業所名		
	事業所電話番号	-	-

開示を希望する記録等(該当するものを☑のよう にチェック)	<input type="checkbox"/> エックス線写真	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ	
	<input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 乳房超音波	
	<input type="checkbox"/> 健康診断結果報告書		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	健診・診療受診日	平成	年 月 日
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 又は <input type="checkbox"/> 診療所窓口等での直接受取		

開示請求者

フリガナ			受診者又は患者との関係
氏名	(姓)	(名)	本人・本人以外()
請求者住所(所在地)	〒		
請求者電話番号	- -		

本人同意書

私は、上記の開示請求者に対し、一般財団法人順天厚生事業団 健診センターが保有する私の健康診断検査記録等が開示されることに同意いたします。

平成 年 月 日

健康診断受診者・患者本人(自署)

内部処理欄(以下は記入しないでください)

受診番号		フィルム ID		種別	フィルム・デジタル	
登録番号	①受理	②総務課	③ 管理責任者登録	④センタ長又は担当医師	⑤交付	⑥管理責任者確認
	/	/	/	/	/	/