

個人情報開示（診断書・検査結果など書類作成・画像提供） の申請書

公益財団法人 日立メディカルセンター センター長 殿

申請日 年 月 日

受付整理番号 _____

申請者の記入欄	
フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日生
住所 〒 ー ー ー 県 市郡 区町村	
TEL ()	携帯電話番号
受診者との関係	1. 本人 2. 親族 3. 法定代理人 4. 事業所担当者 5. その他 ()

次の受診者の診断書・診療情報提供を依頼します。

書類作成に関する記入欄	
※ 申請者と受診者本人が異なる場合、 受診者本人 が記入して下さい。（受診当時の氏名をご記入ください）	
フリガナ 書類の氏名	生年月日 年 月 日生
住所 〒 ー ー ー ー 県 市郡 区町村	
<p>私は、上記の申請者を代理人とし、私の健康診断結果の書類が手渡されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">受診者本人（自筆） _____ 印</p> <p>【注意】*健康診断の主体者がある場合は、市町村や会社などの承諾が必要です。 *別紙の承諾書を健診主体者に記載していただきます。</p>	
<p>【書類の種類】 以下、○をつけて下さい。</p> <p>1 健康診断書（所定の用紙があれば、持参して下さい）</p> <p>2 放射線関係 検査を行った日（ 年 月 日）</p> <p style="padding-left: 20px;">①胸部X線検査 ②胃部X線検査 ③CT検査 ④乳房撮影検査</p> <p style="padding-left: 20px;">⑤骨密度検査 ⑥その他（ ）</p> <p style="padding-left: 20px;">イ) 上記の画像 ロ) 上記の報告書など関連書類</p> <p>3 生理機能検査関係 検査を行った日（ 年 月 日）</p> <p style="padding-left: 20px;">①腹部超音波 ② 乳腺超音波 ③心電図 ④その他（ ）</p> <p>4 健診（検診）結果報告書（人間ドックなど行った当日のすべての結果）</p> <p style="padding-left: 40px;">検査を行った日（ 年 月 日）</p> <p>5 ストレスチェック結果報告書</p>	

※以下、記入不要

受付職員名 :	(本人確認をした職員)
・申請書記載 <input type="checkbox"/>	・健診主体者の承諾書 (有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>)
・申請者確認 (自動車など免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 _____)	

健診など主体者の承諾について

申請日 年 月 日

健診（検診）主体事業社名） _____ 殿

公益財団法人 日立メディカルセンター 健診部長

_____ (印)

健診内容を使用した診断書、また健診結果や画像などのコピーを申請されました。
個人情報保護の観点から、健診主体者の承諾書が必要となります。
以下の書類に記載をお願いいたします。

健診など主体者の承諾書

健診内容を使用した診断書、また健診結果や画像などのコピーを申請されました事項。

○申請者： _____

○書類などの記載氏名： _____

○健診検査日： 年 月 日

申請内容（○で記載）

1 健康診断書

2 放射線関係

①胸部X線検査

②胃部X線検査

③CT検査

④乳房撮影検査

⑤骨密度検査

⑥その他（ _____ ）

イ）上記の画像

ロ）上記の報告書など関連書類

3 生理機能検査関係

①腹部超音波

② 乳腺超音波

③心電図

④その他（ _____ ）

4 健診（検診）結果報告書（人間ドックなど行った当日のすべての結果）

5 ストレスチェック結果報告書

上記の申請について（○を記載してください）

承諾します

承諾しません

年 月 日

健診（検診）主体事業社名） _____

(印)

責任者（担当者）名 _____

(印)