

個人情報開示（診断書・検査結果など書類作成）の 申請書

申請日 令和 年 月 日

公益財団法人 日立メディカルセンター センター長 殿

受付整理番号 _____

次の受診者の診断書・診療情報提供を依頼します。 ※太枠の中を記入してください

書類作成に関する記入欄			
事業所名		印	
〒	-	県	市郡 区町村
(TEL) ()			
担当者氏名		印	
書類などの記載氏名			
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
氏名：	生年月日：	年 月 日	事業所管理番号：
【コピーまたは作成の書類の種類】 以下、○をつけて下さい。			
1 健康診断書（所定の用紙があれば、持参して下さい）			
2 放射線関係 検査を行った日（ 年 月 日）			
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 検査を行った日（ 年 月 日）			
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）結果報告書等（ ）			
検査を行った日（ 年 月 日）			
5 ストレスチェック結果報告書等			

受付職員名：	(本人確認をした職員)
<input type="checkbox"/> 申請書記載 <input type="checkbox"/> 健診主体者の承諾書の手渡し <input type="checkbox"/> その他	
<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)	

申請書類の発行手続き

1. 日立メディカルセンターへ書類発行の旨を連絡してください。受診内容を確認いたします。
2. 健診(契約)内容により「個人情報開示の申請書」および「健診主体者の承諾について」の2枚の申請書が必要になります。
3. 申請書類を受け取りにおこしくください。(当日の発行はできません。翌営業日より発行可)
4. 申請書類に必要事項を記入し、再度おこしくください。
おこしいただく方は、発行手数料(1部:1,100円)および身分証明書をご持参ください。

記入見本

個人情報開示(診断書・検査結果など書類)申請書

申請日 令和 年 月 日

公益 窓口にこられる方が記入します。

受付整理番号

次の受診者の診断書・診療情報提供を依頼します。 欄の中を記入してください

書類作成に関する記入欄			
事業所名	〒	県	市郡 区町村
(TEL)	()		
担当者氏名			印
書類などの記載氏名	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:
	氏名:	生年月日:	事業所管理番号:

【コピーまたは作成の書類の種類】 以下、○をつけて下さい。

- 1 健康診断書(所定の用紙があれば、持参して下さい)
- 2 放射線関係 検査を行った日(年 月 日)
 - 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 臨床検査課査関係 検査を行った日(年 月 日)
 - 検体検査結果 超音波画像 画像の報告書 心電図 その他()
- 4 健診(被診)結果報告書等 ()
 - 検査を行った日(年 月 日)
- 5 ストレスチェック結果報告書等

申請日を記入します

窓口にこられる方が記入します。

申請する受診者を記入します。

申請する書類に○を記入します。