

**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 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 県 市郡 区町村	TEL ()
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。	
受診者本人（自筆） _____ 印	
【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。	
【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（人間ドックなど行った当日のすべての結果） 検査を行った日（ 年 月 日）	
5 ストレスチェック結果報告書	

※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 _____)	