

健診情報提供申請書

(健診センター専用様式)

1. 対象者

氏名 (フリガナ)	電話番号
住所 〒	

2. 取りに来られる方

身分証明書をご提出下さい 保険証 免許証 その他 ()

ご本人以外の方が取りに来られる場合ご記入下さい

氏名 (フリガナ)	電話番号
住所 〒	対象者との関係

本人同意書

私は上記の者に対し、村上総合病院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

健診受診者 (自署)

令和 年 月 日 氏名 _____

3. 提供を希望する記録

	○印	当院健診受診日	返却
心電図検査記録用紙			不要
内視鏡検査記録用紙			不要
呼吸器検査記録用紙			不要
胸部レントゲン画像データ			不要
胃部レントゲン画像データ			不要
乳房レントゲン画像データ			不要
乳腺超音波検査画像データ			不要
腹部超音波検査画像データ			不要
眼底写真			要 ※
健康診断結果報告書 1,650円 (税込)			不要
その他 ()			不要・要

※返却が必要なものについては、2ヶ月間を目途にご返却ください

4. 使用目的

<input type="checkbox"/> 医療機関に受診するため 【受診医療機関 _____】
<input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】