

# 検査記録等開示請求書

請求日 (西暦) 年 月 日

一般財団法人君津健康センター  
理事長殿

(請求者)

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	
登録番号	
電話番号	

次のとおり、検査記録等の開示を請求します。

開示請求期間	(西暦) .....年.....月.....日~.....年.....月.....日
開示を請求する記録	検査記録等の種類(該当する箇所には✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 診察記録(医師の記録) <input type="checkbox"/> 画像検査:エックス線( ) :超音波( ) <input type="checkbox"/> 結果報告書(検査記録含む) <input type="checkbox"/> その他( )
開示方法	該当する箇所には✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師による説明
受取方法	該当する箇所には✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送

※健診機関記入欄

請求者確認書類 及び添付書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 開示同意書
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------