

# 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		受診者との関係
氏 名		
生年月日		
電話番号		

次のとおり、検査記録等の開示を請求します。

フリガナ		登録番号	
受診者氏名		生年月日	年 月 日
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✓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✓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✓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	<input type="checkbox"/> 委任状