

【個人情報に関する開示請求・同意書】

個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

年 月 日

貴センターが保有する私の個人情報を、下記の医療機関(担当医)に開示することに同意します。

開示される本人が記入

ご本人が受け取りに来る場合は、ご本人が証明できる書類(免許証等)をお持ちください。

フリガナ

氏名(自署):

生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日

住所:

電話番号:

ご本人様が記入

開示を希望する記録 (該当するものに をつけてください)

<input type="checkbox"/>	胸部 X線	<input type="checkbox"/>	胸部 CT	<input type="checkbox"/>	腹部 超音波
<input type="checkbox"/>	脳 MRI	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	乳房 超音波
<input type="checkbox"/>	胃部 X線	<input type="checkbox"/>	胃部 内視鏡	<input type="checkbox"/>	心電図
<input type="checkbox"/>	健診結果	<input type="checkbox"/>	健診結果 再発行	<input type="checkbox"/>	紹介状

<その他、受診日・詳細など>

医療機関が記入

医療機関:

担当医:

電話番号:

医療機関様が記入

富山市医師会健康管理センター記入欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日(NO)	貸出NO	開示日	本人確認	確認者
						免・マ・他()	

【個人情報に関する開示請求・同意書】

個人情報の作成・準備に時間を要するため、あらかじめ来館される日時をご連絡いただき、当センター窓口までお越しください。

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

年 月 日

貴センターが保有する私の個人情報を、下記の医療機関(担当医)に開示することに同意します。

開示される本人が記入

ご本人が受け取りに来る場合は、**ご本人が証明できる書類**(免許証等)をお持ちください。

フリガナ

氏名(自署):

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日

住所 :

電話番号 :

開示を希望する記録 (該当するものにつけてください)

<input type="checkbox"/>	胸部 X線	<input type="checkbox"/>	胸部 CT	<input type="checkbox"/>	腹部 超音波
<input type="checkbox"/>	脳 MRI	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	乳房 超音波
<input type="checkbox"/>	胃部 X線	<input type="checkbox"/>	胃部 内視鏡	<input type="checkbox"/>	心電図
<input type="checkbox"/>	健診結果	<input type="checkbox"/>	健診結果 再発行	<input type="checkbox"/>	紹介状

<その他、受診日・詳細など>

医療機関が記入

医療機関 :

担当医 :

電話番号 :

富山市医師会健康管理センター記入欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日(NO)	貸出NO	開示日	本人確認	確認者
						免・マ・他()	