

診療情報提供書(診療記録開示申出書)

西暦

年

月

日

検 査 日

西暦

年

月

日

検査項目	☐ 胸部X線撮影	☐ 胃部X線撮影	☐ 乳房撮影
	☐ 心電図		
	☐ 眼底		
	☐ 腹部超音波	☐ 乳房超音波	

紹介元 医療機関名	
医師氏名	
所在地	〒
連絡先	TEL () —

受診者様情報

ふりがな ご氏名		性 別	☐ 男 ・ ☐ 女
ご住所	〒		
連絡先	TEL () —	携帯 ()	—
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 : 年 月 日 (歳)		

本人同意欄

※受診者様本人の場合は記入不要

私は、申出者 () に対して、上記申出書のとおり私の診療記録等が開示されることに同意します。

西暦

年

月

日

(宛先) 公益財団法人 友愛健康医学センター

自署

《注意事項》

- ・この診療情報提供書に必要事項を記入の上、当センター宛に郵送してください。
- ・法定代理人による申し込みの場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。
- ・提供した媒体(DVD)の返却の必要はありません。

939-2741

富山県富山市婦中町中名1554-17

公益財団法人友愛健康医学センター

TEL:076-466-5544