

画像開示申請書

本人確認
点検欄

医療法人社団光星

メディカルプラザ札幌健診クリニック 院長殿

私は下記のとおり、画像の開示を希望します。

申請日 年 月 日

画像開示を受けたい 申請者(受診者) ※本人記入欄	フリガナ	TEL (日中の連絡先)	
	受診者氏名		
	住 所	〒	
	生 年 月 日	年 月 日	
開示を希望する画像 ※医療機関記入欄		○印	健診日
	X線画像 (胸部・胃部)		
	マンモグラフィー画像		
	CT画像 (胸部・腹部・頭部・内臓脂肪)		
	MR画像		
	心電図波形		
	眼底写真画像		
	腹部超音波画像		
	乳腺超音波画像		
	胃カメラ画像		
	大腸カメラ画像		

《申請者が本人以外の場合》

代理人 氏 名 受診者との関係

住 所

電話番号

※開示申請者は本人であることを証明できるもの（運転免許証、マイナンバーカード等）をご提示ください。

※本人以外による開示の要求には、本人の委任状が必要となります。委任状の提出があった場合でも、電話等で本人の意思の確認をさせていただきます。

保存期間 3 年