

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、保険証等)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