

# 【個人情報に関する、開示請求・同意書】

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

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

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類 (該当するものをで囲んでください)	種類	受診日・内容など
	1 健診結果	
2 問診情報		
3 胸部X線写真		
4 胃部X線写真		
5 胸部CT写真		
6 マンモグラフィー写真		
7 腹部超音波写真		
8 心電図記録		
9 その他		

## 医療機関が記入

医療機関 :

**医療機関様が記入**

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・保・他( )	

# 【個人情報に関する、開示請求・同意書】

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 所長 殿

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

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類 (該当するものをで囲んでください)	種類	受診日・内容など
	1 健診結果	
	2 問診情報	
	3 胸部X線写真	
	4 胃部X線写真	
	5 胸部CT写真	
	6 マンモグラフィー写真	
	7 腹部超音波写真	
	8 心電図記録	
9 その他		

## 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・保・他( )	