

広島中央健診所 所長 殿

## 画像 (CD-R) 請求書

請求日 年 月 日

対象画像

氏名 \_\_\_\_\_ 様

撮影日 年 月 日 No. \_\_\_\_\_

検査項目 マンモグラフィ / 乳房超音波 / 胸部 X 線 /  
胸部 CT / 頭部 MRI / 腹部超音波

提出機関 \_\_\_\_\_

使用目的 診察 ・ 自宅用

備考 \_\_\_\_\_

上記の画像を診察・自宅用に必要と致しますので請求します。

請求者

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話( ) - ( ) - ( )

(本人委任状)

私は上記のとおり (請求者) に対して、貴所が保有する  
私の健診・診療記録等の開示に関する一切を委任致します。

受診者本人 (自署) (印)

※この請求書をもって、個人情報保護法に基づく個人情報の開示請求をされたものとさせていただきます。

受付	責任者	本人確認	
		免許証・保険証・健診 外来・その他 ( )	本人・代理人・自宅郵送 その他 ( )