社会福祉法人
三井記念病院

検査記録等の開示申請

社会福祉法人　三井記念病院
院　長　　川崎　誠治　殿

申請日　西暦　　年　　月　　日

□　開示対象となる受診者情報

開示する方	**氏　名**		**診察券番号**	
	住　所	〒		
	TEL		**生年月日**	昭和・平成　　年　　月　　日

□　該当する箇所に○印

	依頼先	内容	枚数		備考
開示記録	総合健診センター	人間ドック成績表		通	
	画像データ（放射線検査部）	胸部レントゲン		件	
		上部消化管X線造影（バリウム）		件	
		マンモグラフィー		件	
		MRI・MRA		件	
		CT（　頭部　・　腹部　・　胸部　）		件	
	画像データ（中央検査部）	腹部エコー		件	
		頚動脈エコー		件	
		乳腺エコー		件	
	画像データ（内視鏡センター）	上部消化管内視鏡（胃カメラ）		件	
		下部消化管内視鏡（大腸カメラ）		件	
	その他			件	

受診日（検査日）				
	（西暦）	年	月	日
	（西暦）	年	月	日
	（西暦）	年	月	日
	（西暦）	年	月	日
	（西暦）	年	月	日

交付方法
来院　・　郵送
費用負担
病院　・　本人

※本人負担の場合は、入金方法を明記

入金方法
精算機（来院）
● コンビニ払い
● 銀行振り込み
手数料：病院・本人

□　申請者情報

開示申請者	氏　名	**（印）**
	住　所	〒
	開示する方との関係（具体的に）	

【総合健診センター使用欄】

センター長	担当医	会計処理	担当者
※代理申請のみ			

＜貸出日＞
（西暦）　　年　　月　　日

＜貸出先＞
本人希望　・（　　）

改訂：2024年10月1日
改訂：2017年10月1日
作成：2012年10月1日