

# FAX 送付状 (下記番号にそのまま FAX して下さい)

医療法人財団 小畑会 浜田病院総合健診センター  
看護課 行

TEL : 03-5280-1084 FAX : 03-5280-1081

## 健康診断に関する資料提供依頼書

依頼先健診機関名 医療法人財団小畑会 浜田病院総合健診センター

下記の目的により \_\_\_\_\_ 様 (生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
が貴院で受けた健康診断に関する資料を提供していただきたく、ご依頼申し上げます。

使用目的	
希望資料	<input type="checkbox"/> 健診結果票 <input type="checkbox"/> 検査データ (内容: _____ ) <input type="checkbox"/> 画像データ (内容: _____ ) <input type="checkbox"/> 心電図データ
期間又は期日	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 受診分
受診者様の同意	受診者様 (不可能な場合はご家族) の同意を得ています。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ) <b>【重要】</b> 同意の有無にチェックがない場合、情報提供をする事ができません。 必ずご記入をお願いします。
提供方法	<input type="checkbox"/> 郵送 郵送先住所: _____ _____ <input type="checkbox"/> FAX FAX 番号: _____ <b>【重要】</b> 到着確認の為、資料が届きましたら上記連絡先にご連絡をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 至急

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼元医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_ 印