様式２－１２

要精検時のＣＤ－Ｒへの記載内容

○○区保健福祉センター

大阪市○○区○○１－２－３

ＴＥＬ　０６－６×××－１２３４

ご注意

この画像データは受診者様の同意の上、当センターが提供するものであり、診察目的以外の二次利用に関しては、ご本人の同意が必要です。

また、このデータ管理については、受診者様の責任に基づくものであり、盗難・紛失などによる個人情報の漏えいなどの問題が発生した場合は、当センターは責任を負いません。

返却不要

大阪　太郎様

健診年月日：　○○年○○月○○日

このディスクには、検査画像がＤＩＣOM形式で記録されています。

記載内容：センター名

　　　　　センターの連絡先

受診者名

注意文書

　　　　　返却不要

健診年月日

　　　　　出力形式