

## 胸部エックス線データ提供票

区保健福祉センター

|                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------|
| 健診受診者                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏 名   |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 撮影年月日 | 年 月 日                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 撮影番号  |                                               |
| 撮影データ提供年月日                                                                                                                                                                                                                                                   |       | 年 月 日                                         |
| <p style="text-align: center;"><b>注意事項</b></p> <p>この撮影データは健診受診者様が同意の上、当センターがCD-Rに出力し提供するものです。<br/> この撮影データの管理については、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。<br/> また、撮影データにつきましては、返却不要です。医療機関等での使用が済みましたら、受診者様の責任において処分をお願いいたします。</p> |       |                                               |
| ※上記注意事項に同意し、撮影データの提供を申し出ます。                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                               |
| 受領者                                                                                                                                                                                                                                                          | 住 所   |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 氏 名   |                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 続 柄   |                                               |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                          |       | <p style="text-align: right;">I D   N o .</p> |