

F A X  
送信先

放射線係  
0985-38-5043 松尾 宛  
※送信される場合、個人情報を含みますので  
番号のお掛け間違いにご注意ください

郵送先

公益財団法人宮崎県健康づくり協会  
〒880-0032宮崎市霧島1丁目1番地2  
(宮崎県総合保健センター内)  
電話0985-38-5512 Fax0985-38-5043

## 画像情報提供依頼書

依頼年月日 令和 年 月 日

公益財団法人宮崎県健康づくり協会  
健診部長 殿

依頼医療機関名: \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

医 師 名 : \_\_\_\_\_

連 絡 先 : TEL \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

下記受診者の画像情報の提供をご依頼申し上げます。  
なお、本依頼についてはご本人の内諾を得ていること、また授受しました画像情報の取り扱いについては、個人の情報保護法に則し責任を持つことを確約いたします。

記

1. 受診者の氏名 \_\_\_\_\_

2. 受診者の生年月日 M・T・S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_

3. 受診者の性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

4. 受診者の住所 \_\_\_\_\_

5. 受診者の受診区分  一般住民 (市町村名: \_\_\_\_\_)  職場 (職場名: \_\_\_\_\_)

6. 受診別区分  胸部X線  胸部CT  マンモグラフィー  乳US  胃部X線  腹部US  眼底

7. 依頼画像受理(到着)期限

※期限に間に合わない場合は、協会より  
連絡する場合がございます

月 日 まで

特記事項

### 【協会記載欄】 エックス線画像貸し出し情報

① 年 月 日 撮影番号:( ) \_\_\_\_\_

② 年 月 日 撮影番号:( ) \_\_\_\_\_

③ 年 月 日 撮影番号:( ) \_\_\_\_\_

④ 年 月 日 撮影番号:( ) \_\_\_\_\_

MEMO

#### 協会発送確認

CD作成 済

CD発送 済  
( 月 日 )

管理番号 20 [ ] - [ ] [ ] [ ]  
協会ID

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]