

健康情報等提供記録簿

	提供日	提供先	健康情報等によって識別される本人の氏名その他事項	健康情報等の内容	本人の同意(※)
1	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
2	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
3	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
4	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
5	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
6	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
7	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
8	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
9	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている
10	年 月 日				<input type="checkbox"/> 得ている

【確認事項】健康情報を第三者に提供するにあたり、あらかじめ本人の同意を得ていますか。