



マリアンナアプリ (PHR) 登録申請書



<登録申請にあたり以下の項目にチェックください>

1. 申請は任意です。ご自分の医療情報を知りたい方のみ登録申請をお願いいたします。
2. 検査・画像情報は、申請者が担当医師より先に知ることもありますので、ご了承ください。
3. 共有している情報は、随時更新になる場合もありますので、ご了承ください。
4. 「NOBORIサービス利用規約」に同意が前提です。
5. 個人情報につきましては、当院の「個人情報保護規定」に準じて取扱います。
ご承諾いただける場合は下記項目を記入し、受付にて 診察券・身分証明書をご呈示ください。

1. 登録申請者 (ご本人の情報)

診察券番号	
氏名	(ふりがな)
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
電話	自宅： 携帯：
スマートフォン	<input type="checkbox"/> 済 1. スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロード <input type="checkbox"/> 済 2. 医療機関選択：「聖マリアンナ医科大学病院」を選択する

ご本人自署

2. ご家族の登録申請をする場合 (ご家族の情報)

診察券番号	
氏名	(ふりがな)
本人との続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 ()
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
電話	自宅： 携帯：
スマートフォン	<input type="checkbox"/> 済 1. スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロード <input type="checkbox"/> 済 2. 医療機関選択：「聖マリアンナ医科大学病院」を選択する

ご家族の自署

自署 代理 (代理署名の場合は理由をご記載ください)

(理由:)

<以下は病院記入欄>

- 登録申請書確認 (署名) 診察券確認 (署名) 身分証明書確認 (署名)
 NOBORI登録 (署名) 電子カルテR登録 (署名)