



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

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	☐ 済 1. スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロード ☐ 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 (注) 上記を完了の上、登録申請してください

ご本人自署

2. ご家族の登録申請をする場合

診察券番号	
氏名	(ふりがな)
本人との続柄	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟姉妹 () ☐ その他 ()
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	☐ 済 1. スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロード ☐ 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 (注) 上記を完了の上、登録申請してください

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：)

*ご家族の登録ができない場合があります。その場合は郵送でお知らせいたしますので、ご了承ください。

<以下は病院記入欄>

- | | |
|--|--|
| ☐ 本人確認書類 (サイン：) | ☐ 診察券確認 (サイン：) |
| ☐ 電子カルテ確認 (サイン：) | ☐ その他 (サイン：) |