

ご提出の前に、必ずご確認ください

※ご記入いただく箇所はパターンにより異なります。詳細は利用手順をご覧ください。

※齊、斎、齋、辺、邊、邊、高など漢字に誤りがあると登録できないため、氏名欄は正確にご記入ください。

申請日：20 年 月 日

マリアンナアプリ（PHR）登録申請書

1. 申請にあたり以下の項目にチェックをお願いします。【必須】

2025.04版

- ☐ 申請は任意です。診療情報を知りたい方のみ登録申請をお願いいたします。
☐ 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。
☐ 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。
☐ 「NOBORIサービス利用規約」に同意が必要です。
☐ 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。

マリアンナアプリ
ダウンロードはこちら



※ご承諾いただける場合は下記項目を記入の上、登録申請時に診察券・身分証明書をご提示ください。

※不備等により登録が完了しないまま1か月が経過した登録申請書につきましては、当院で責任をもって破棄致します。

2. 登録申請者（患者本人の情報）【必須】

診察券番号	診察券番号は8ケタの英数字で示されるものです(1234567-X 等)		
氏名	(ふりがな)	氏名欄は正確にご記入ください	
	(自署)	(漢字に誤りがあると登録できません)	
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号	自宅：	携帯：	
確認事項（アプリ）	☐ スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロードしました ☐ アプリの利用登録画面で「聖マリアンナ医科大学病院」を選択しました		

↑チェック漏れがないようお願いします(2カ所)

3. 別の方が代わりに登録申請される場合は、こちらの欄も記入してください（代行者の情報）

氏名	(ふりがな)	氏名欄は正確にご記入ください
		(漢字に誤りがあると登録できません)
登録申請者との続柄	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()	
生年月日	西暦	年 月 日 (歳)
住所 ※住所が同一であれば「同上」	〒 -	
電話番号	↓チェック漏れがないようお願いします(2カ所)	
確認事項（アプリ）	☐ スマートフォンにNOBORIアプリをダウンロードしました ☐ アプリの利用登録画面で「聖マリアンナ医科大学病院」を選択しました	

別の方の署名欄：

診察券番号と、アプリの操作が手順通りに完了していることをご確認の上、「診察券又は身分証明書」と「アプリのインストール」欄にそれぞれチェックを入れ、ご署名ください。

※混雑が予想されますので教職員や学生の方は部署等で登録申請書を取りまとめてご提出ください。

【病院記入欄】

申請書受取時 ☐ 診察券又は身分証明書（確認者） ☐ アプリのインストール（確認者）
登録時：☐ NOBORIへ登録（確認者） ☐ 電子カルテのリマインダー登録（確認者）

→チェック漏れがないようお願いします(5カ所)

やむを得ず別の方が記入される場合は、
←こちらにその方の情報をご記入ください