ＰＨＲサービス利用申込書

利用申し込みにあたり以下の項目に、登録者（患者さん）又は保護者においてチェックください。

□はい	申し込みは任意です。ご自身の医療情報を知りたい方のみ登録申込をお願いします。
□はい	検査・画像情報は、利用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。
□はい	共有している情報は、随時更新されることもありますのでご了承ください。
□はい	「ＮＯＢＯＲＩサービス利用規約」及び「名大病院ＰＨＲサービス利用案内」に同意します。
□はい	個人情報については、以下の保護方針に基づき取り扱います。 ・名古屋大学医学部附属病院個人情報保護方針 https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/outline/mission/privacy/

利用申込者はアプリを利用する人です。患者さん本人、二親等のご家族に限ります。

利用申込者 氏名	ふりがな
生年月日	西暦　　年　　月　　日　　年齢（　　）
住所	〒　　－
電話	自宅：　　携帯：

私（利用者）は、下記登録者（患者）の診療情報の閲覧を希望します。

診療番号	
利用者との続柄	□ 利用申込者と同じ （枠内の以下項目、及び「登録者の署名」 は記載不要） □ 子　□ 配偶者　□ 父母　□ 祖父母　□ 兄弟姉妹（　　）
患者氏名	ふりがな
生年月日	西暦　　年　　月　　日　　年齢（　　）
住所	〒　　－
電話	自宅：　　携帯：

利用申込者の署名：

利用申込者が私の診療情報を閲覧することを承諾します。

登録者の署名：　　（代筆者・理由）

登録者が未成年の場合など保護者の署名：　　（続柄）

病院記入欄

□申込書記載事項　□診察券　□身分証明書　□利用者続柄　□NOBORI アプリ　□電子カルテ