## PHRサービス利用申込書

利用申し返	込みにも	あたり以下の	項目に、	登録者	首(患者	さん)又に	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	の医療情	報を知り	たい方のみ	登録申込をお	願いします。	
口はい	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。								
口はい	共有し	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。							
口はい	「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	• 名古	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	当はア:	プリを利用す	る人です	ナ。患者	首さん本	人、二親 <sup>〔</sup>	等のご家族に	限ります。	
利用申込者	亅	ふりがな							
氏名									
生年月日		西暦	年	月	日	年齢(	)		
		〒 −							
住所									
電話		自宅:				携	<del></del>		
私(利用	者)は	:、下記登録	<b>当</b> (患者	) の診	療情報の	D閲覧を希	発望します。		
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( )							
利用者との	り続柄			口父	母 🗆	祖父母	凵 兄弟姉妹		
利用者と <i>0</i> 	D続柄 			口父	母 🗆	祖父母	口 兄弟姉妹		
	D続柄 	口子 口		月	母 D 日	祖父母 年齢 (	)		
患者氏名	D続柄 	口子 口 ふりがな	配偶者						
患者氏名	D続柄	<ul><li>口子</li><li>口子</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の<td>配偶者</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></li></ul>	配偶者						
患者氏名生年月日	D続柄	<ul><li>口子</li><li>口子</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の</li><li>の<td>配偶者</td><td></td><td></td><td>年齢(</td><td></td><td></td></li></ul>	配偶者			年齢(			
患者氏名 生年月日 住所 電話		口子       口         ふりがな          西暦       〒 ー         自宅:	配偶者			年齢(	)		
患者氏名 生年月日 住所 電話 利用申込	者の署	口子       口         ふりがな       西暦         〒       一         自宅:       3名:	年	月	B	年齢(	)		
患者氏名 生年月日 住所 電話 利用申込	者の署	<ul><li>口子 口</li><li>ふりがな</li><li>西暦</li><li>〒 一</li><li>自宅:</li><li>3名:</li><li>診療情報を関する</li></ul>	年	月	B	年齢(	)		
患者氏名 生年月日 住所 電話 利用申込	者の署	<ul><li>口子 口</li><li>ふりがな</li><li>西暦</li><li>〒 一</li><li>自宅:</li><li>3名:</li><li>診療情報を関する</li></ul>	年	月	日 <u>*</u> * * * * * * * * * * * * * * * * * *	年齢(	)		
患者氏名 生年月日 住所 電話 利用申込者 登録者の	者の署 が私の 署名:	<ul><li>口子 口</li><li>ふりがな</li><li>西暦</li><li>〒 一</li><li>自宅:</li><li>3名:</li><li>診療情報を関する</li></ul>	年	月ことを承	日 《諾しま (代筆:	年齢( 携・	)	(続柄)	

□NOBORI アプリ

□申込書記載事項

□診察券

口身分証明書

□利用者続柄