

白鷹町立病院 PHRサービス(NOBORI)利用手続き書

利用申込日：令和

年 月 日

①PHRサービス利用申込者(NOBORIアプリを利用する方)

利用申込者 氏名	フリガナ				
生年月日	T · S · H · R	年	月	日	性別
住所	〒 -				
電話番号	自宅：		携帯：		

②PHRサービス登録者(NOBORIアプリで管理をする方)

※登録者として管理できる方は利用申込者の二親等以内のご家族に限ります。

利用申込者 との続柄	<input type="checkbox"/> 利用申込者本人 (枠内の以下の項目への記載は不要) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹				
登録者 氏名	フリガナ				
生年月日	T · S · H · R	年	月	日	性別
住所	〒 -				
電話番号	自宅：		携帯：		

①利用申込者及び②登録者は、PHRサービス(NOBORI)の利用にあたり以下の内容に同意します。

<input type="checkbox"/> はい	PHRサービスを通して提供される診療情報は、利用申込者および登録者の方の責任において取扱いください。
<input type="checkbox"/> はい	PHRサービスを通して提供される診療情報は、見やすいように加工されたものであり、医療機関内の情報と同一性・完全性を保証するものではありません。
<input type="checkbox"/> はい	PHRサービスを通して提供される検査・画像情報は、利用申込者が担当医師より先に知ることもあります。
<input type="checkbox"/> はい	PHRサービスは、利用申込日から3営業日以内に提供を開始します。
<input type="checkbox"/> はい	登録者の方の本人確認ができなかった場合には、PHRサービスの提供ができません。当院からの連絡や申出等による再確認に応じていただく場合があります。
<input type="checkbox"/> はい	「NOBORIサービス利用規約」及び「白鷹町立病院PHRサービス利用規約」に同意します。

利用申込者の同意署名（自署）：

①利用申込者が、②登録者の診療情報を参照することを承諾します。

登録者の同意署名（自署）：

登録者の署名を代筆とする場合は、理由を記入してください。

代筆する理由：

<病院記入欄>

処理日：令和 年 月 日 担当者氏名： ()

②登録者のカルテ番号： ()

本人確認方法： マイナンバーカード 資格確認書 運転免許証 診察券
 その他 ()

同意署名が利用申込者本人ではない場合は登録者の