医療情報管理アプリ「NOBORI」利用申込書

申請日：　西暦　　年　　月　　日

医療情報管理アプリ「NOBORI」による医療情報の閲覧にあたり、（　利用登録　・　利用解除　）を申請します。

患者

フリガナ			カルテNO
氏名・性別	（　男　・　女　）		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	電話番号	（　自宅　・　携帯　） －　　－
住所	〒　　－		
治験	当院で　　行ったことがある　・　行ったことはない 当院で治験を行ったことのある患者さんはNOBORIをご利用いただけません。		

利用申請者

患者との続柄	本人　・　家族（続柄　　）		
本人確認書類	マイナンバーカード　・　資格確認書　・　運転免許証　・　その他（　　）		
※利用申請者が患者本人の場合は、以下の記載は不要です。			
フリガナ			
氏名・性別	（　男　・　女　）		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	電話番号	（　自宅　・　携帯　） －　　－
住所	〒　　－		
主治医署名	（病状や年齢等の理由により、患者から利用申請者との続柄を確認できない場合、主治医の署名をお願いすることがあります）		

閲覧の承諾　　※利用申請者が患者本人の場合は、以下の記載は不要です。

私は、利用申請者が私の医療情報を参照すること、及び第三者へ開示することを承諾します。

患者本人（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との続柄（　　）

代筆する理由

利用申請にあたり以下の項目に同意いただく必要があります。内容をご確認の上、□をチェックしてください。

- □ 「愛媛大学病院NOBORI利用案内」の内容を理解し、同意します。
- □ 「NOBORIサービス利用規約」を確認し、内容に同意します。
- □ NOBORIを通じて提供される医療情報は、利用申請者の責任において適切に管理します。
- □ 「NOBORIサービス利用規約」の禁止事項にある行為が発覚した場合、予告なく医療情報の提供が停止（解除）されることを理解しました。
- □ 当院とNOBORIの提供会社との契約が終了した場合、NOBORIを通じて提供されていた当院の医療情報は予告なく停止することを理解しました。

＜病院記入欄＞

□申込書記入内容　□診察券　□本人確認　□利用者続柄　□NOBORIアプリ　□登録待ち一覧　□患者紐づけ

受付日：　　/　　/　　受付者：