

相澤病院 PHRサービス利用申込書

利用申込者情報 ※利用申込者はアプリを利用する人です。患者さん本人、二親等内の家族に限ります。

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（利用申込者）は、下記登録者（患者）の診療情報の閲覧を希望します。

利用申込者の署名：

登録者情報 ※登録者とは利用申込者がアプリ上で診療情報を閲覧したい患者さんのことです。

患者氏名	ふりがな
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒 -
電話	自宅： 携帯：
利用者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <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 ( ) <input type="checkbox"/> 孫

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（自署）： (登録者が15歳未満の場合は親権者の署名)

登録者が自署できない場合は、その理由を記載して下さい。

病院記入欄

☐ 利用申込書

☐ 利用者の身分証明書

☐ 戸籍謄本もしくは住民票の写し

☐ NOBORIアプリ

申込日： 年 月 日 担当者：