

(様式3)

飯田下伊那診療情報連携システム登録申込書

私は、下記の説明者から飯田下伊那医療連携システム（イズムリンク）に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、イズムリンクに登録することに同意し、申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日		
フリガナ		性別	男・女
患者氏名（自署）			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒	電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）		続柄	

[イズムリンクで相互に情報が共有されることを希望する施設名]

施設名① _____ (患者または利用者 I D _____)

施設名② _____ (患者または利用者 I D _____)

施設名③ _____ (患者または利用者 I D _____)

施設名④ _____ (患者または利用者 I D _____)

施設名⑤ _____ (患者または利用者 I D _____)

(確実な患者本人確認のために、各施設の「患者または利用者 I D」を記載してください)

通常は上記すべての施設間をイズムリンクで接続しますが、接続を希望しない施設の組み合わせがある場合はお書きください。

[説明施設記入欄]

説明年月日	令和 年 月 日
説明した施設名	説明者氏名
	医師以外が説明した場合、医師（主治医等）の承認が必要です。 医師が承認済みの場合チェック⇒ <input type="checkbox"/>