**ism-Link連携施設　様**

**飯田下伊那診療情報連携システム　患者IⅮ登録依頼書**

下記患者から飯田下伊那診療情報連携システム［ism-Link］で下記施設間の情報を閲覧共有することについて同意を得ましたので、貴施設の患者ＩＤ登録をお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | | 男・女 |
| 患者氏名 |  | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　日 | | | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |  | |

**※登録をお急ぎの場合は、右枠にチェックをしてください。⇒　□**

1. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
2. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
3. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
4. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
5. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
6. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
7. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
8. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
9. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）
10. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　）

**［依頼元施設記入欄］**

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 依頼元施設名 | 担当者職氏名 |
|  |  |