

飯田下伊那診療情報連携システム 登録申込書

私は、下記説明者から飯田下伊那診療情報連携システム [ism-Link] に関する説明を受け、その目的および利用方法を理解しましたので、参加施設（今後、新たに参加する施設を含む）間で医療介護等情報を共有するために、本システム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	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	

【登録申し込み時に患者ID登録が必要な施設名】

※登録をお急ぎの場合は、右枠にチェックしてください。⇒

- 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: _____)

【説明施設記入欄】

説明年月日	令和 年 月 日
説明施設名	説明者職氏名