

# ～患者さんと一緒に患者確認をしております～ ご協力をお願いします

当院では安全のため、以下の方法で**患者確認**をしております

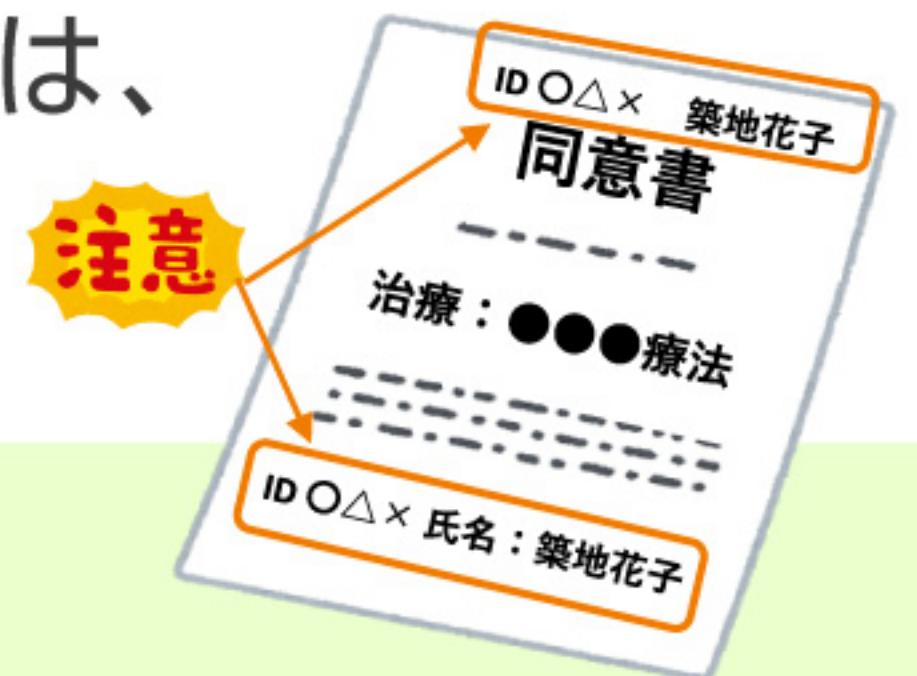


フルネームと  
生年月日  
をお伝えください

「リストバンド」等  
を用いた認証



※治療や検査に関する同意書、検査結果などの書類を受け取った際には、  
ご自身の書類であることを、医療者と一緒にご確認ください



患者確認を実施していなければ、ご指摘ください