搬送時本人確認カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | 患者  種別 |  | | 担当医 | |  |
| 利用者 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | M・T・S・H　　年　　月　　日生 | |
| 氏　　名 | |  | | | 性　　別 | | 男　・　女 | |
| 血 液 型 | | 型 | |
| 病　名 | |  | |
| 特記事項  （服用中の薬など） | | |  | | | | | | |
| 連絡先 | フリガナ | |  | | | 自宅電話 | | －　　　　－ | |
| 氏　　名 | | （続柄　　　） | | | 緊急連絡先 | | －　　　　－ | |

搬送時本人確認カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | 患者  種別 |  | | 担当医 | |  |
| 利用者 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | M・T・S・H　　年　　月　　日生 | |
| 氏　　名 | |  | | | 性　　別 | | 男　・　女 | |
| 血 液 型 | | 型 | |
| 病　名 | |  | |
| 特記事項  （服用中の薬など） | | |  | | | | | | |
| 連絡先 | フリガナ | |  | | | 自宅電話 | | －　　　　－ | |
| 氏　　名 | | （続柄　　　） | | | 緊急連絡先 | | －　　　　－ | |

※電子カルテ等で同等の情報が出力できる場合は、既存帳票による代用でも結構です。

　カードの項目は必ずしも必須ではありません。プライバシーに十分に配慮して記載してください。

患者種別は、記号で記載してください（乙：精神病床に入院している患者　空欄：その他の患者）。