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）。