

# ご本人確認 協力をお願い

お名前  
生年月日 を  
お伝えください。

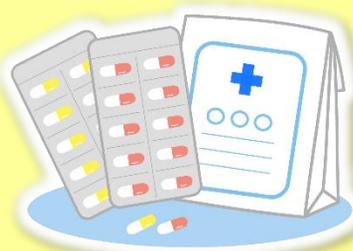


以下のような場面で**確認**します。

点滴



内服



採血



配膳



検査



診察



**患者間違い防止** のため 繰り返し伺うことがございます。