

患者さんへのお願い

静岡がんセンターでは、安心して医療を受けていただけるように、患者まちがい防止に取り組んでいます。ご協力をお願いいたします。

お名前と生年月日を伝えてください。

静岡太郎
19●●年
●月●日です。



確認のために
お名前と生年月日
をお願いします。

患者さんの安全のため私たち4は
何度もお尋ねします。



外来診察
のとき



手術
のとき



注射や点滴
のとき



薬を受け取る
のとき



検査
のとき

