

～ 安全・確実な治療のために～

リストバンド装着のお願い

当院では誤認防止の為、ご自分で名前の言えない恐れのある方等にリストバンドの装着をお願いいたします。

リストバンドには「患者様氏名」「ふり仮名」「性別」「生年月日」が記入されます。

装着していただくことで、検査・投薬・輸血等における患者様の誤認防止に役立て、安全で確実な治療を提供することを目的としています。

リストバンドは入院時に看護師が記載内容をご家族と確認の上、手首に装着します。患者様に直接身に付けていただくため、ご不便をおかけすることもあります。装着の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

<装着対象患者>

・全患者

- ・装着は看護師が行います。装着時にバンドに記載されている表示内容の確認をお願いします。
- ・入院期間中は常に装着をお願いします。
- ・患者様ご自身またはご家族の方がバンドを外さないようにして下さい。
- ・肌が痒くなる・赤くなる等のトラブルが起きる場合があります。
- ・外出、外泊等で一時的に外すことを希望される場合は職員までお申し出ください。
- ・手洗い、入浴もバンドを装着したまま行ってください。
- ・退院の際には取り外し、個人情報保護に厳重な注意を払い処分させていただきます。

医療法人健英会
うしいけ内科クリニック
院長 小中 和子

年 月 日 説明者 _____

上記内容の説明を受け、理解し、リストバンドの装着に同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ 家族氏名 _____ (続柄 _____)