

～患者参加型の医療安全を目指して～

心(不安)の声 の発声にご協力ください



問診表
説明書
同意書



移動

書類の文字が読みづらい

記載内容を口頭でご説明します

病院の中を歩くのが不安

目的の場所まで同行します



診察
検査
会計
薬局

案内番号が見づらい

順番がきたら直接お声掛けします

目の不自由な方はご申告いただくと
受診票に“目印”がつきます

当番 日号	外来受診票		目印
	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 検査室	<input type="checkbox"/> 薬剤科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スタッフが一目で認識でき、より
確実なご案内が可能となります

あなたが望む医療を受けるために…
患者参加型医療の推進にご協力をお願いします

職員が寄り添います
遠慮なくお声掛けください