

患者誤認防止のためにご協力ください

**ご自身のフルネームと
生年月日を教えてください**



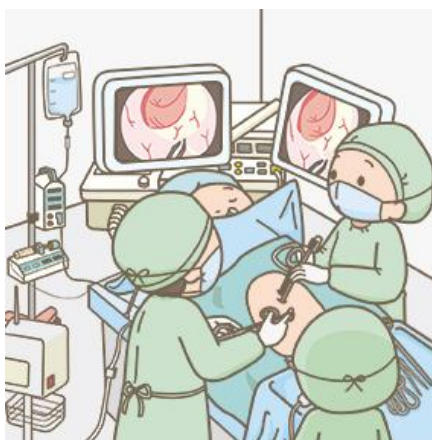
診察



検査



注射や薬



手術