**福建省疾病应急救助患者身份确认表**

医疗机构(盖章): 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 民族 |  | 居民身份证号码 |  |
| 常住地址 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |   |
| 病 种 |  | 门诊时间 |   |
| 入院时间 |  | 出院时间 |  |  |
| 就诊方式 | 曱:120接诊（附出车单及病历简要说明）；曱:110送诊（附接警单及病历简要说明）；曱:群众送诊（附陪同人及病历简要说明）；曱:救助站送诊（附救助站材料及病历简要说明）；曱:自行就诊（病历简要说明）；曱:其他方式就诊（病历简要说明）； |
| 医疗机构初步核实意见 | 曱:患者居民身份证经居民身份证阅读机具无法阅读真伪存疑。(附居民身份证)曱:患者身份不明。(附材料)经过询问本人、120接诊人、110送诊人、陪同人及查验神智不清者随身物品等其他方式，无法确认患者身份。 |
| 注:以上病人信息请医疗机构尽力调查并填写，如确实无法获取，请注明。 |
| 公安部门核查结果 |  曱:居民身份证真实。曱:患者身份明确。姓名: 居民身份证号码: 。户籍地址: 。曱:患者身份无法核实。 (盖章) 年 月 日 |