**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 | | | | | |