

患者さんのための3つの宣言

3

セカンド・
オピニオンに
協力します。



2

診療情報の
開示に
協力します。

1

十分な
説明を行い、
医療を提供します。



埼玉県のマスコット
コバトン

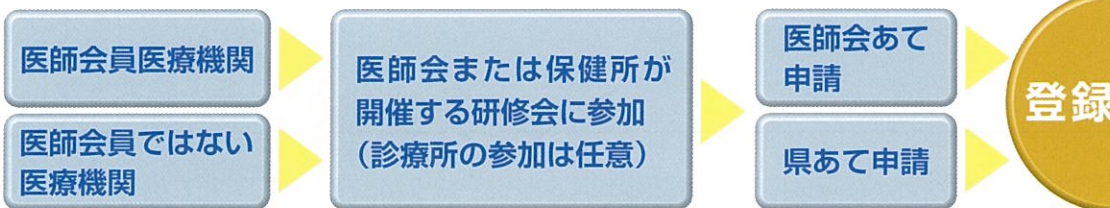


埼玉県のマスコット
さいたまっちゃん

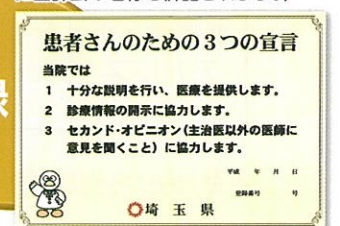
患者さんと医療機関とのよりよい関係づくりのために
埼玉県と埼玉県医師会が協同で取り組んでいます。
患者本位の医療に積極的な医療機関の登録をお待ちしています!

登録に御賛同いただける医療機関は、裏面の登録申請書に所要事項を御記入の上、郵送又はファクスで御提出ください。

登録方法



登録すると以下のような宣言書が交付されます。(医師会員の場合は、県の他に医師会の名称も併記されます。)



※所要事項を記入の上、**郵送**又は**ファクス**で御提出ください。

医師会員の
場合

●あて先●の埼玉県医師会長にチェックを入れ、医師会あてに提出
〒330-0062 さいたま市浦和区仲町 3-5-1 埼玉県医師会
電話：048-824-2611 **ファクス：048-822-8515**

医師会員
ではない場合

●あて先●の埼玉県知事にチェックを入れ、県あてに提出
〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1 埼玉県 医療整備課 医療安全相談担当
電話：048-830-3542 **ファクス：048-830-4802**

平成 年 月 日

「患者さんのための3つの宣言実践医療機関」登録申請書

●あて先●

- 埼玉県医師会長
 埼玉県知事

(ふりがな)
医療機関名称

所在地 〒

(ふりがな)
代表者役職名・氏名

患者さんとの信頼関係に立ったよりよい医療サービスの提供を目指して、「患者さんのための3つの宣言実践医療機関」への登録を申請し、下記の事項を実践します。

記

- 1) 十分な説明を行い、医療を提供します。
- 2) 診療情報の開示に協力します。
- 3) セカンド・オピニオン(主治医以外の医師に意見を聞くこと)に協力します。

●医療機関連絡先●

担当者	所属	電話
	ふりがな 氏名	FAX
電子メール アドレス		

※登録後、名称及び所在地等に変更があった場合には、規定の様式により速やかに届出を行ってください。