

医療機関受診時の家族以外(事業所職員)の診察室付添同席等について

〈平成29年10月10日現在〉

- ① 三郷市内の病院及び下記(②)以外の診療所受診に付添同席する場合にはあらかじめ、「受診時付添同席願」を記載し、受付時に提出してください。

書類が必要な医療機関	
みさと健和病院	みさと協立病院
三郷中央総合病院	みさと健和クリニック
三愛会総合病院	尾内内科神経科病院
埼玉みさと総合リハビリテーション病院	永井マザーズホスピタル
下記以外の市内診療所	

- ② 次の医療機関は、事前の書類提出は要りません。
必ず、入室時に事業所名・職種・氏名を伝えてください。

書類提出不要の医療機関		
	医療機関名	電話番号
1	立澤外科胃腸科医院	952-8171
2	石橋医院	952-8158
3	三郷皮膚科医院	950-1138
4	館脇医院	957-0151
5	三郷医院	952-2090
6	むとう眼科	958-5511
7	早稲田医院	957-3428
8	いわさわ内科医院	953-7300
9	長村皮膚科クリニック	958-0161
10	三郷ハートクリニック	958-5550
11	さつき内科	951-9100
12	仁心内科クリニック	949-2211
13	鈴木耳鼻咽喉科医院	954-0233
14	クリニックふれあい早稲田	950-3330
15	たけうちクリニック	957-8865
16	さとうクリニック	957-8021
17	みさと駅前クリニック	959-5550
18	イムス三郷クリニック	959-8181
19	永井ウィメンズクリニック	950-2221
20	コウ整形外科クリニック	949-2025
21	あおばファミリークリニック	955-8621
22	みさと眼科	959-1146
23	あいえむクリニック	949-2181
24	メンタルクリニックみさと	953-6100
25	みさと中央クリニック	953-5300
26	むらした耳鼻咽喉科	948-3387
27	たにぐちファミリークリニック	957-8440
28	みさと団地中央診療所	957-5411
29	かみぐちクリニック	952-2323
30	かとうぎ眼科	934-9333
31	セントラルクリニック三郷中央	949-0381
32	みさと中央耳鼻咽喉科アレルギー科	952-4187
33	ふなくし皮膚科クリニック	954-2794
34	かわぐち泌尿器・内科クリニック	969-4353
35	あじおか眼科クリニック	960-0132
36	三郷中央きむら眼科	954-8938

受診付添同席願

(医療機関名) ●●病院 内科

(医師名) □ □ ○ ○ 先生

本日の下記患者の受診に付添者として同席させていただきますので
よろしく願い申し上げます。

平成 年 月 日

(患者氏名) 三郷 花子

(付添者) 田中 愛子

(職種) 看護師

(事業者名) 訪問看護○○○○

(所在地) 三郷市戸ヶ崎1-1-0

(連絡先) 048-949-0000

上記事業所は、患者及び家族と個人情報保護に関する契約を締結しています。

私は、上記の付添者の受診同席に同意しています。

(家族の同意に関しては必須ではありません)

(患者家族) 三郷 一郎 (印)

(患者との続柄) 長 男

*患者本人・ご家族の依頼により、医療機関受診に同席をする場合には、事前に(受付時等)
この用紙を提出してください。

この用紙が使用できるのは、患者及び家族が個人情報保護に関する契約をしている事業所
に限ります。

三郷市医療介護連携サポートセンター

048-949-6119

受診付添同席願

(医療機関名)

(医師名) _____ 先生

本日の下記患者の受診に付添者として同席させていただきますので
よろしく願い申し上げます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者氏名)

(付添者)

(職種)

(事業者名)

(所在地)

(連絡先)

上記事業所は、患者及び家族と個人情報保護に関する契約を締結しています。

私は、上記の付添者の受診同席に同意しています。

(家族の同意に関しては必須ではありません)

(患者家族)



(患者との続柄)

*患者本人・ご家族の依頼により、医療機関受診に同席をする場合には、事前に（受付時等）この用紙を提出してください。
この用紙が使用できるのは、患者及び家族が個人情報保護に関する契約をしている事業所に限ります。

三郷市医療介護連携サポートセンター

048-949-6119