セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン(第二の意見を求める)申込書になりますので、当院での治療を希望される場合は別様式「診察・検査FAX予約申込書」をご利用ください。

＜紹介元医療機関情報＞

医療機関名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
紹介元診療科	科	医師名	
		事務連絡先	部門　　担当者

＜患者情報＞

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	大・昭 平・令　　年　月　日	才
住所	〒		電話番号	
東邦大学医療センター大橋病院受診歴(有・無・不明)　　患者番号				

＜相談者情報＞※ご本人が相談に来られる場合は記載不要

フリガナ		患者との続柄	
相談者氏名			
相談者住所	〒	電話番号	

※当日患者のサインのある、同意書を必ず持参ください。

＜依頼情報＞

依頼先診療科		希望医師名	
ご用意いただける資料			

＜希望日(申込日より一週間以後の日にちを記載ください)＞

第一希望		第二希望		第三希望	
ご都合の悪い日・曜日	(　　)(　　)(　　)(　　)				

こちらのセカンドオピニオン外来申込書を下記番号に、診療情報提供書とあわせてFAXください

FAX番号　03-3468-6191(病診連携直通)

尚、日程調整に1～2週間ほどお時間を頂くことがございますので、あらかじめご了承ください。
予約日が確定次第、当院担当者より最終確認の電話を貴院担当者へ入れさせていただきます。
その後、当院より「セカンドオピニオン予約確認書」をお送りいたします。

東邦大学医療センター大橋病院　患者サポートセンター病診連携部門
TEL　03-3481-7385(連携室直通)　03-3468-1251(代表)