

虎の門病院 セカンドオピニオン 予約申込書

記入日： 年 月 日

患者氏名・性別	ふりがな： 氏名： (男・女)
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
患者本人の来院有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
虎の門病院の受診歴	<input type="checkbox"/> あり→診察券番号： <input type="checkbox"/> なし
相談者氏名	<small>ふりがな</small> 氏名 (続柄：)
平日につながる連絡先	TEL 氏名：
連絡先住所	〒
希望診療科	
希望医師名(希望がある場合のみ)	
診断病名	
かかりつけの医療機関名	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中
相談の目的 ※あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします	<input type="checkbox"/> 手術について <input type="checkbox"/> 治療方針について <input type="checkbox"/> 移植について <input type="checkbox"/> その他
ご都合の悪い日時・曜日等	

<申込手順>

下記資料を添えて、虎の門病院 患者支援部 医療連携室 までご郵送ください。
資料到着後に受診日の調整をさせていただきます。

※ご郵送いただくもの

- ・セカンドオピニオン用の紹介状(診療情報提供書)
- ・必要な資料(主治医から渡された画像・検査データなど)
- ・セカンドオピニオン予約申込書(この用紙です)
- ・セカンドオピニオン外来同意書

<郵送先:必ず、宅配便やレターパック等、追跡調査のできる手段でご郵送ください>

〒105-8470 東京都港区虎ノ門2-2-2 虎の門病院 患者支援部 医療連携室 宛
TEL:03-3560-7823(直通)