

申込日 年 月 日

セカンドオピニオン受付簿

フリガナ 患者氏名		男 女	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
病院名			
主治医			
傷病名・ 相談内容			
日程	第1希望日： 月 日 第2希望日： 月 日 第3希望日： 月 日 第4希望日： 月 日 第5希望日： 月 日 <small>地域医療連携室にて、日程を調整する際に参照致しますので、ご都合の悪い日時がございましたらご記載ください。</small> 都合の悪い日①： 月 日 ②： 月 日 ③： 月 日		
相談診療科			
来訪者	本人 ・ 家族 ・ その他（ ）		

※お電話にてお問合せ後、窓口にお持ち込み頂くか、FAX又は郵送にて送付してください。
 予約日が決定次第、東京医療センター地域医療連携室よりお電話にて連絡致します。

電話 03-3411-2595 (直通) FAX 03-3411-2596 (直通)

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 地域医療連携室

(連携室使用欄)

予約日	診療科	担当医	面談場所
月 日 () :			

該当欄にチェック 診療情報提供書取込済 CD取込済 (有 ・ 無)
 外来へ搬送済 (/) 受付簿 ・ その他 []
 COVID-19 関連 確認済・問診票渡し済 他科・他科外来のご案内送付済