

診療情報調査票【外国人用】

海外患者診療情報調査表

紹介状 介绍信 有 無

作成日: 年 月 日

氏名 姓名		性別 性別	
国籍 国籍		※言語 会的语言	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 其他
生年月日 出生年月日	年 月 日	携帯電話 手机号码	
職業 职业		メールアドレス 电子邮箱	
在日滞在期間 在日停留期间	~	現住所 现住所	

※日本語を話せない患者様は、通訳の付添が必須です。ご手配お願い致します。※不会日文的患者来医院时请自行安排翻译一同来院。

診断病名 诊断病名	
目的 目的	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン 第二诊疗意见 <input type="checkbox"/> 杏雲堂病院で治療を受けたい 希望在杏雲堂医院接受治疗 <input type="checkbox"/> その他 其他 【 】
過去の治療歴 到目前为止接受过的治疗	<input type="checkbox"/> 手術 手术 <input type="checkbox"/> 放射線療法 放疗 <input type="checkbox"/> 化学療法 化疗 <input type="checkbox"/> その他 其他 【 】
既往歴 既往病史(迄今为止得过的病)	
治療経過 治疗经过	

本調査票を提出する同時に下記の資料をご提出ください【英語か日本語に翻訳してからのご提出お願い致します】

提交本确认表同时请提交以下资料【请翻译成英文或日文后提出】

- ・ 画像資料（内視鏡／エコー／CT／MRI／PET-CTなど【D I C O M形式】）
影像学资料（内窥镜/超声波/CT/MRI/PET-CT等【D I C O M形式】）
- ・ 各種検査レポート等（病理レポート、血液検査結果、退院サマリなど）
各种检查报告(病理报告, 血液检查结果, 出院记录等)