

診療情報調査票【自費患者用】

海外患者诊疗信息调查表

紹介状 介绍信 有 無

作成日: 年 月 日

患者氏名 患者姓名 护照表记的拼音, 汉字	拼音	汉字	性別 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 出生年月日	年 月 日 (歳)	※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
国籍 国籍		身長 身高	cm, kg
宗教 宗教		体重 体重	
患者現住所 患者现住所		提携企業担当 & 電話 日本服务企业联系方式	
ご希望受診日・期間 希望诊疗日或期间	~	提供報告書類 提交的报告资料	<input type="checkbox"/> 画像CD-ROM <input type="checkbox"/> 各種血液検査 <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査 (基因检测) <input type="checkbox"/> その他 ()

※日本語を話せない患者様は、医療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医疗翻译一同来院。

診断病名 診断病名 すべて 全部	
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 目前为止接受过的治疗 詳細は3ページ目にて ご記入ください 详细临床经过 请填写在第3页	<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、家族歴、アレルギー、嗜好（喫煙歴、飲酒歴）

既往病史, 过敏史, 家族疾病遗传史, 嗜好 (抽烟饮酒史)

既往歴

家族歴

アレルギー 無 有 (食物or薬物名:); 喫煙歴 無 有; 飲酒歴 無 有

現在の身体状況 现在的身体状况

1,歩行 自力 要介護 2,飲食 自力 要介護 3,排泄 自力 要介護 4,痛み 無 有 (部位)

服薬歴 服药史

治療期間	薬名 (日本語)	薬名 (中国語or英語)	用法・用量	備考

※本調査票の全項目が記入必要です。エントリーの際にすべての資料（日本語版か英語版）を纏めてご提出お願いします【資料原本も添付ください】

本表所有項目必須填写。并一齐提交全以下相关资料的日文版或英文版【相对应的海外的报告也请附上】

- ・ 画像資料 (内視鏡 / エコー / CT / MRI / PET-CTなど【DICOM形式】) 影像学資料 (如 内窥镜/超声波/CT/MRI/PET-CT等【DICOM格式】)
- ・ 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 (如病理报告, 血液检查结果, 出院记录等)

診療情報調査票【自費患者用】

海外患者診療情報調査表

医師への質問ポイント 想问医生的问题

1

2

3

※本調査票を提出する同時に、患者さんのパスポートか身分証明書の写しのご提出お願いいたします。

【提交本表格时需付上患者护照或身份证照片】

診療情報調査票【自費患者用】

海外患者診療情報調査表

検査・治療経過 検査, 治疗经过

请按时间顺序详细填写

※本ページが足りない場合、コピーしてご使用ください。

本調査票をご記入後 全てのレポート(原紙)と共に 杏雲堂病院 国際部宛てに メールご送信よろしく
お願いいたします。また、画像につき、事前にご持参かご郵送をよろしくお願いいたします。

担当窓口：〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8 杏雲堂病院 国際課 宛

メールアドレス: lei-wei@po.kyoundo.jp