

【診療相談書】（記入サンプル）
（個人患者用）

_____年_____月_____日提出

1. 基本情報

患者氏名	劉 ○○（英：Liu○○）（カナ：リュウ ○○）				
生年月日（西暦）	1975年 1月 1日 49才	性別	女	国籍 （パスポート一致）	○○○○
メールアドレス	inter-nrt@iuhw.ac.jp	電話番号（+国番号）	+65-123-45-6789		
当院診察歴	<input type="checkbox"/> 初回受診 <input checked="" type="checkbox"/> 過去受診有（ <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック） 当院 ID：1234567				
希望期間※	2025.1.15 ~ 2025.3.5	使用言語	○○語	通訳人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
通訳人情報	氏名 陳 △△	患者との関係			長女

※希望期間につきましては医師の都合等によりご希望に添えない場合もございます。

2. 診療情報

傷病名	○○病の疑い
相談目的 （複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 遠隔医療相談を受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 来日して診察を受けたい。 <input type="checkbox"/> 日本で継続して治療を受けたい。 <input type="checkbox"/> その他 （ 【例】 まず遠隔相談で貴院のご意見を伺いたい。場合によっては貴院での検査・治療も考えている。 ）
既往歴 及び 家族歴	※なるべく詳細にご記入下さい。
症状経過 及び 検査結果 治療経過	現状：現在の身体状況（ADLを含む）を説明してください。 【例】 食欲不振あり。その他日常生活問題なし。 過去経過（古い時間順）： ※なるべく詳細にご記入ください。
現在の処方	※ご記入または別紙にてご用意ください。
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書・ドクターズノート <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果等報告書 <input type="checkbox"/> 画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> その他（ ） ※日本語または英語でご用意ください
備考	例：同伴者の有無、人数、患者様との関係 【例】 訪日する場合の同伴者は夫、長女の計2名。長女は日本語可。 ※パスポートの顔写真ページを添付してください。