

## 【診療相談書】 (業者様用)

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提出

### 1. 基本情報

患者氏名	成田 花子 (英: Mita Hanako) (カナ: ミタ ハナコ)				
生年月日(公歴)	年	月	日	性別	国籍 <small>(パスポート一致)</small>
診察形態	<input type="checkbox"/> 初回受診 <input type="checkbox"/> 過去受診有 ( <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 人間ドック ) 成田 ID : ○○○○				
滞在予定期間	～	ビザ種類		職業	

### 2. 渡航支援企業情報 (代理人)

渡航支援企業名			
担当者		連絡先	

### 3. 受診に関する希望

診療科	※最大2診療科まで、問合せが可能です。		
予定期間	～	医師名	

### 4. 診療情報

傷病名	※受診希望度の順にご記入ください。
受診目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 検査を受けて、確定診断もしくは治療法の説明を受けたい <input type="checkbox"/> 日本での治療を受けたい <input type="checkbox"/> 代理・遠隔外国人医療相談を受けたい <input type="checkbox"/> その他(代理・遠隔相談の場合、医師へのご質問内容を明記してください。) 1. 2. 3.
既往歴 及び 家族歴	
症状経過 及び 検査結果・ 治療経過	現状：現在、身体状況 (ADL を含む) を説明してください。  過去経過 (古い時間順) : ○○年○○月 ○○国 ○○病院で ○○検査を受け、○○を診断された (画像の有無) ○○年○○月～○○年○○月まで、○○国 ○○病院で 以下の治療を受けた (治療していなければ、現地医師の治療計画を書いてください。) 1.○○月～○○月：○○を治療した 2.○○月～○○月：○○を治療した  ※退院サマリー、診断レポートなど和訳資料があれば、添付してください。
現在の処方	添付資料○○参照
その他の資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 其他( )
備考	例：同伴者の有無、人数、患者様との関係  ※パスポートの顔写真ページを添付してください。