**【診　療　相　談　書】**

**(個人患者用)**

**年 月 日提出**

**1.  基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** | **（英：　　　　 　　　 　）（カナ：　　　　 　　）** | | | | | |
| **生年月日(西歴)** | **年　　月　　日　　　才** | | **性別** |  | **国籍**  **(パスポート一致)** |  |
| **メールアドレス** |  | | **電話番号(＋国番号)** | |  | |
| **当院診察歴** | **□初回受診　　□過去受診有　（□外来　□人間ドック） 当院ID：** | | | | | |
| **希望期間※** |  | **使用言語** |  | | **通訳人の有無** | **有　・　無** |
| **通訳人情報** | **氏名** |  | **患者との関係** | |  |  |

**※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** |  |
| **相談目的**  **（複数選択可）** | **□　遠隔医療相談を受けたい**  **□　来日して診察を受けたい。**  **□　日本で継続して治療を受けたい。**  **□　その他** |
| **既往歴**  **及び**  **家族歴** |  |
| **症状経過**  **及び**  **検査結果**  **治療経過** | **現状：現在の身体状況（ADLを含む）を説明してください。**    **過去経過（古い時間順）：** |
| **現在の処方** |  |
| **添付資料** | **□  診療情報提供書・ドクターズノート □  検査結果等報告書　 □ 画像CD-ROM**  **□ フィルム　　□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**  **※パスポートの顔写真ページを添付してください。** |