【診　療　相　談　書】

（業者様用）

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日提出

1. 基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　（英：　　　　　　　　　　）（カナ：　　　　　　　　　） |
| 生年月日(公歴) | 　　年　　月　　日　　　才 | 性別 |  | 国籍(パスポート一致) |  |
| 診察形態 | □初回受診　　□過去受診有　（□外来　　□人間ドック）　成田ID： |
| 滞在予定期間 | 　～　 | ビザ種類 |  | 職業 |  |

1. 渡航支援企業情報（代理人）

|  |  |
| --- | --- |
| 渡航支援企業名 |  |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |

1. 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） | □　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□　日本での治療を受けたい□　代理・遠隔外国人医療相談を受けたい□　其の他(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）：（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。）　　※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 | * 診療情報提供書　□画像CD-ROM　□ フィルム　□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。 |