国際医療福祉大学成田病院　国際室
V22.7.1

【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　　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：〇〇〇〇				
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）	□　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）： 〇〇年〇〇月　〇〇国　〇〇病院で　〇〇検査を受け、〇〇を診断された（画像の有無） 〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月まで、〇〇国　〇〇病院で　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。） 1.〇〇月～〇〇月：〇〇を治療した 2.〇〇月～〇〇月：〇〇を治療した ※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	添付資料〇〇参照
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。