

感謝您選擇本醫療集團為您進行有關健康諮詢與服務。此表單主要提供病患、病患家屬及轉介機構使用。填寫前，請協助配合以下說明：

1. 本機構不會把您的個人訊息透露給任何第三方。
2. 本機構非常重視您的諮詢，國際醫療部將於收到表單後 5 至 7 個工作日透過 email 回覆您。
3. 本機構回覆的意見不是醫療診斷，而是醫療專家的專業建議。
4. 收到本機構的回覆後，若您決定轉介病患至本機構，請事先徵詢您的醫師同意並提供介紹信予我們。

若您瞭解並同意遵守上述事項，請簽名。

簽名：

姓名：

日期：

為了提供更優質的醫療服務，請完整填寫表單後 Email 至國際醫療部 int.inquiry@mt.strins.or.jp。您也可以至我們的官方網站 www.STHG-JP.com 下載表單。我們隨時提供最親切詳盡的專業諮詢，謝謝您的配合！

優先順序

最速件 速件 普通件

1. 緊急聯絡人 (若無法聯繫到病患，則通知緊急聯絡人)

1.1. 與病患之關係：

病患家屬或親戚 朋友 國際轉介機構

1.2. 姓名：

1.3. 性別： 男 女

1.4. 國籍：

1.5. 母語：

1.6. 通訊地址：

郵地區號

國家

1.7. 白天聯絡電話：+

1.8. 手機：+

1.9. 電子信箱：

2. 病患基本資料

2.1. 日期：

2.2. 姓名：

2.3. 性別： 男 女

2.4. 生日：

2.5. 國籍：

2.6. 母語：

2.7. 通訊地址：

郵地區號

國家

2.8. 白天聯絡電話：+

2.9. 手機：+

2.10. 電子信箱：

3. 初診/複診病患

初診

複診

4. 諮詢服務項目 (可複選)

- 初診
- 門診預約
- 帳務問題
- 醫療保險
- 其他：

5. 病患諮詢摘要

5.1. 目前健康問題：

5.2. 轉介醫療機構名稱 (例如：醫院、癌症中心、診所等)：

科別 (例如：神經外科、胸腔外科等)：

5.3. 上述醫療機構所發出之醫療診斷：

5.4. 已接受過治療或正在進行治療：

是 否

若是，請勾選治療方式：

手術 化療 放射治療 其他： (可複選)

請簡述已接受治療病史：

5.5. 其他相關資訊 (若有的話)：

6. 您如何獲知南東北醫療集團？

網站

網路文章

報章 / 雜誌

同仁推薦

口耳相傳

其他：

7. 其他建議事項：

隱私保密通知：這是一份機密傳真，如果您不是此傳真的預期收件人，請勿閱讀、複製、轉發或儲存此文件，謝謝配合。