

感謝您轉介病患至南東北醫療集團，為了提供您更優質的醫療服務，請完整填寫表單後 Email 至國際醫療部 int.inquiry@mt.strins.or.jp。我們將於收到表單後 5 至 7 個工作日透過 email 回覆您。南東北醫療集團不會把您的個人訊息透露給任何第三方。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！

■ 隱私聲明

本人特定授權南東北醫療集團獲取我的醫療紀錄包含 HIV/AIDS 相關、物質依賴與成癮、精神健康治療等資訊。

本人(病患本人或未成年病患之法定代理人)

立同意書人簽名：

立同意書人正楷姓名：

填表日期：

代理申請人

代理申請人簽名：

與病患之關係：

代理申請人正楷姓名：

填表日期：

1. 轉介醫師基本資料

1.1. 性別： 男 女

1.2. 醫師資格： M.D. D.M.D. (D.D.S.) (可複選)

1.3. 學位： Ph.D. Master 其他： (可複選)

1.4. 專業領域：

1.5. 姓名：

1.6. 目前任職醫療機構(例如：醫院、癌症中心、診所等)名稱：

1.7. 科別(例如：神經外科、胸腔外科、內科等)：

1.8. 目前任職醫療機構地址：

郵地區號

國家

1.9. 白天聯絡電話：+

1.10. 手機：+

1.11. 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. 緊急聯絡人(若無法聯繫到病患，則通知緊急聯絡人)

3.1. 姓名：

3.2. 性別： 男 女

3.3. 與病患之關係： 病患家屬或親戚 朋友

3.4. 通訊地址：

郵地區號

國家

3.5. 白天聯絡電話：+

3.6. 手機：+

3.7. 電子信箱：

4. 優先順序

最速件 速件 普通件

5. 近期諮詢摘要

5.1. 身體評估：

5.2. 初步診斷：

5.3. 已接過過治療或正在進行治療：

手術 化療 放射治療 其他：

(可複選)

請簡述已接受治療病史：

5.4. 其他疾病 (可複選)：

糖尿病 心臟病 腎臟病 其他：

5.5. 過敏史：

5.6. 藥物：

5.7. 轉介理由：

5.8. 前往日本可行性：

病患可前往日本 病患無法前往日本

建議：

5.9. 其他建議事項：

透過上述資料提供與簽署，本人同意南東北醫療集團可針對轉介病患進行必要的醫療診斷與治療方式協商，我們期待與貴院共同合作病患診療與照護計畫。

簽名：

日期：

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。