

咨 询 表

日期：

《 患 者 资 料 》

姓 名 (中文及拼音) _____

(名 前)

性 别 : 男 女 出生年月日 _____ 年 龄 _____

(性 别)

(生年月日)

(年 龄)

电话号码 _____ 紧急联络手机 _____

(電話番号)

(緊急時に連絡可能な番号)

电子邮箱地址 _____

(E-mail)

国籍 _____ 护照号码 有 _____ 无 _____ 正在办理

(国籍)

(パスポート番号)

1, 关于病情。

病状 (_____ 年 ____ 月 ____ 日发现)

病名 (_____) 转移 (无 有 _____)

2, 关于治疗及用药。

手术情况 (无 有 _____ 年 ____ 月 ____ 日 内容: _____)

其他治疗 (无 有 _____)

用药情况 (无 有 _____)

3, 能否自行走路? 正常 不可 适量

4, 请问饮食情况? 正常 困难 需要协助

4, 本次主要咨询目的?

日本精密确诊检查 日本专家资料代诊 日本高端治疗 其他 _____

5, 您对我们还有什么要求或希望吗? 请填写。

CONTACT US

总社: 日本国际先进医疗中心
地址: 冈山县仓敷市老松町2-1-5-302
电话: 086-441-6667 传真: 086-441-6665
邮箱: info@kiamc.co.jp
微信: iamc369 QQ: 2908235110

子公司: 日本株式会社国际先进医疗中心上海办事处
地址: 上海市静安区广中西路555号宝华国际广场1011室
电话: 021-26063539 传真: 021-26063539
邮箱: yanhe@kiamc.co.jp
微信: Doctor_GYC

