

基本信息表格

今后负责联系人 (只限一位): 电话及传真号码: 现居住地地址:	E-mail: 手机号码: 与患者的关系:
填写人姓名(The person's name who fill in this form) <u>李 拼音 (Pin Yin) Li ng</u>	
与患者的关系(Relationship with the Patient) <u>母子</u>	
患者姓名 (The Patient's Name) _____ 性别 <input type="checkbox"/> 男性(Male) <input checked="" type="checkbox"/> 女性(Female)	
出生年月日 (Date of Birth) _____ 年龄(Age) _____	
国籍(Nationality) <u>中国</u> 邮政编码(Postal Code) _____	
现居住地地址 (Home Address) _____ 元 201	
家庭座机号码(Home Phone Number) _____ 手机号码(Mobile Phone Number) <u>15</u>	
可用于赴日治疗, 生活等的支付限额 (预算) (Spending Limit) <u>60 万人民币</u> (人民币/美金/日元)	
母语(Native Language): <input checked="" type="checkbox"/> 中文(Chinese) <input type="checkbox"/> 英文(English) <input type="checkbox"/> 日文(Japanese) <input type="checkbox"/> 其他(Other) _____	
诊断名 (现所患的病情或损伤描述) (Diagnosis) 胃癌 IIA 期	
病情描述(Progression of Illness): 发病时间, 治疗经过, 治疗方案等(Date,History of illness,Treatment, etc)	
1、201 年 1 月 30 日因乳房肿块入院医科大学第一附属医院, 诊断为: IA 期 2、201 年 2 月 10 日入院医院进行第一次方案化疗。 3、201 年 3 月 3 日入院省肿瘤医院, 于 3 月 4 日进行第二次“方案化疗”。 4、201 年 日入院肿瘤医院, 于 3 月 27 日进行第二次“”方案化疗。 5、201 年 15 日入院肿瘤医院, 于 4 月 18 日进行第二次“”方案化疗。 6、201 年 月 07 日入院肿瘤医院, 于 5 月 11 日进行第二次“”方案化疗。 化疗同时口服地塞米松片 (防过敏), 于 5 月 10 日晚服用 10 片, 5 月 11 日早服用 10 片, 5 月 11 日晚服用 10 片, 5 月 12 日早服用 10 片。共计 40 片。 *以上化疗用药见病历“长期医嘱”	
第六次化疗将在 6 月 2 日进行, 化疗药物与第五次相同。6 月 1 日至 6 月 3 日口服地塞米松片 (防过敏), 也是早晚各服用 10 片, 共计 40 片。以后每次化疗都会按照这个计量服用该药, 化疗结束时停止。	
对于患者目前情况, 主治医生建议如果能够到日本得到更好的治疗, 建议去日本治疗。	
收到的病历见“收到的病历”。第五次住院的病历中有几张血液检查报告不清晰, 如果由于不清晰导致无法翻译, 患者同意用除这些病历以外的病历咨询。	
既往史(Past Medical History): 患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病。	
腰椎间盘突出症。患者的腰椎间盘突出没有做过治疗, 只是在家做了一些辅助的动作和贴膏药。 无过敏史	
此次赴日接受治疗的理由 (Reason for Seeking Medical Treatment in Japan) *请详细填写 希望到日本癌研有明医院接受乳腺癌的治疗, 没有指定的治疗方法。 如果指定的医疗机构不能接受患者还是希望咨询其他权威的医疗机构。 选择癌研有明医院的原因是因为它的知名度, 并非主治医生建议。	

能够赴日治疗及希望在日本接受治疗的时间 (Desired or feasible Period for treatment in Japan) 尽快 希望赴日的时间 (Desired date of Arrival in Japan)、 尽快			
委托的目的(可多选) Arrangement Request (Check all that apply): <input checked="" type="checkbox"/> 检查 (Examination) <input checked="" type="checkbox"/> 治疗 (Treatment) <input type="checkbox"/> 其他 (Other) <input type="checkbox"/> 第二诊疗建议 (Second opinion) * 由该行业权威专家对患者的疾病进行进一步的分析诊断, 并提出诊疗建议的一种咨询方式 不需要一定要求本人到医院咨询, 家属或者了解患者病情的人可以代理患者就诊的咨询方式。医生针对其他医疗机构提出的诊断治疗方案提供建议, 意见以及提供可参考的信息。原则上不接受关于在本医院接受治疗的请求。如果希望在本院进行治疗, 需要重新预约后就诊。			
希望接受治疗的医疗机构名称、就诊科室、相关检查项目及治疗内容 (Name of Requested Hospital and Department, Course of Examination and Treatment, etc.) 希望到日本癌研有明医院接受乳腺癌的治疗, 没有指定的治疗方法。 若是治疗方法与国内一致, 还是希望去日本治疗。			
按需选择套餐 (Please select the plan)	<input type="checkbox"/> 医疗居留签证配套 (Medical visa plan)	<input checked="" type="checkbox"/> 来日所全套服务 (Full pachage plan)	<input type="checkbox"/> 其他 (Other)
翻译 (Interpreter): <input checked="" type="checkbox"/> 需要 (Required) 语言 (Language) <u>中文</u> <input type="checkbox"/> 不需要 (Not required)			
现在的身体状态 (Daily Activities):			
步行 (Walking):	<input checked="" type="checkbox"/> 独立 (Independent)	<input type="checkbox"/> 需要帮助 (Need help)	详细 (Detail) _____
坐姿 (Sitting):	<input checked="" type="checkbox"/> 独立 (Independent)	<input type="checkbox"/> 需要帮助 (Need help)	详细 (Detail) _____
饮食 (Dietary Needs):	<input checked="" type="checkbox"/> 独立 (Independent)	<input type="checkbox"/> 需要帮助 (Need help)	详细 (Detail) _____
排泄 (Toilet Needs):	<input checked="" type="checkbox"/> 独立 (Independent)	<input type="checkbox"/> 需要帮助 (Need help)	详细 (Detail) _____

※请详细填写上述全部内容, 如没有详细填写, 我公司将无法接受您的申请。

※以上填写的所有内容必须保证全部属实, 如有虚假内容后果自负。

本公司不承担任何责任。

～ 注意事项及免责声明 ～

1. 本项服务是为了能够帮助让来日本接受医疗治疗的患者, 从语言及风俗习惯的不同而产生的焦虑及不安中解脱。为此本公司提供派遣翻译, 提供申请医疗居留签证所需资料, 医疗资料翻译以及提供医疗机构的资料等服务。但本公司不能保证能治愈以及能介绍到能够治疗患者的医疗机构。除此之外, 本公司也不会对医疗机构的医疗失误及代叫的交通机关的事故等负任何责任。敬请谅解。关于患者是否要来日接受治疗以及选择哪家医疗机构接受治疗, 请患者自己决定。
2. 本公司只能在患者及医疗机关所提供的资料为正确资料的前提下才可提供服务。因此被提供的资料不正确时, 可能会出现无法决定治疗方针, 不得不接受与当初设想不同的治疗方法等对应方式。
3. 来日后, 在接受治疗以及检查时, 如果发现有其他新的疾病和症状时, 会产生其他费用。另外, 如果没有办法支付追加费用时会中止所提供的各项服务。
4. 本项服务有可能由于天灾及战争等无法抗拒的灾难而无法提供或有部分服务接受限制。

本服务项目因为医疗机构及包租车企等种种因素, 从申请到安排需要一定的时间。敬请谅解。