

國際患者信息表 聯絡信息

患者姓名:

_____ (姓氏) _____ (名字) _____ (中間名)

出生日期: _____ 性別: 男 女 美國社會安全號碼 # _____
(若患者有此號碼)

國外地址:

電話號碼: _____ 傳真號碼: _____

手機號碼: _____ 電子郵件: _____

患者職業信息:

雇主名稱: _____ 職業: _____

地址: _____

電話號碼: _____ 傳真號碼: _____

美國聯絡人 (如有的話)

聯絡人姓名: _____ 與患者的關係: _____

地址: _____

電話號碼: _____ 傳真號碼: _____

手機號碼: _____ 電子郵件: _____

醫療信息

患者就診原因 *：_____

*請附上所有病歷/相關檔案 (需譯成英文)。

特別預約要求/患者可以就診的日期

付費信息

付費方式: (請圈選)

現金 *信用卡 MC / Visa / American Express 支票 **國際醫療保險

*持卡人姓名: _____ 卡號#: _____ 有效期限: _____

**國際保險可用於所有估算超過 1000 美元的醫療費用。我們要求保險公司提供一份書面保證函，說明保單的上限、自付額及不保賠的服務項目。請附上醫療保險卡的正背面的影印件。

要求提供的國際醫療服務

請註明患者/患者家屬是否需要下列協助:

口譯服務 是 否 如是，請註明語言種類 _____

住宿安排 是 否 如是，請註明價格範圍 _____

機場接送 是 否 如是，請註明航班信息和隨行人數 _____

請註明患者可能有的其他特殊需要和要求 (如有需要，請再附上一頁紙):

轉診信息

是誰向您推薦我們醫院的? (請提供推薦人的姓名，與您的關係和聯繫信息) _____

您是怎麼知道我們醫院的? (選擇所有合適的選項)

- 醫生推薦 斯坦福醫學論壇 醫院的聲譽 其他: (請註明) _____
 朋友、親戚 網站 媒體