

國際患者個人資料 聯絡資訊

患者姓名:

(姓) (名) (中間名)

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

美國國外地址:

電話號碼: _____ 傳真號碼: _____

手機號碼: _____ 電子郵件: _____

美國帳單郵寄地址: (如果沒有美國地址, 則不用填寫此欄位。)

* 請注意, 所有患者都可以在 MyHealth 上查看本人的帳單資料。

患者職業資訊:

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: _____ 與您的關係: _____

地址: _____

電話號碼: _____ 傳真號碼: _____

手機號碼: _____ 電子郵件: _____

醫療資訊

患者診斷*: _____

* 請附上所有病歷或文件的影本 (英文譯本)。請不要用 Dropbox、Google Drive 或其他外部網站傳送文件。

特殊預約要求 / 患者可就診日期:

國際醫療保險

國際保險可用於所有估價超過 1000 美元的服務。我們只能向有提供美國帳單郵寄地址的保險公司收費。我們要求您提供一份保險公司的書面保證函，說明保額上限、自付額及不予理賠的範圍。請附上醫療保險卡正反面影本。

要求國際醫療部提供的服務

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 _____
住宿安排	是	否	如是，請註明價格範圍 _____
機場接送	是	否	如是，請註明航班資訊和同行人數 _____

如果患者有任何其他特殊需要和要求，請在此註明 (如有需要，請利用額外篇幅詳加解釋):

轉診資訊

是誰向您推薦我們醫院的? (請提供介紹人的姓名，與您的關係及聯絡資訊) _____

您是怎麼知道我們醫院的? (選擇所有合適的選項)

<input type="checkbox"/> 醫生推薦	<input type="checkbox"/> 斯坦福醫學論壇	<input type="checkbox"/> 醫院名聲	<input type="checkbox"/> 其他: (請註明)
<input type="checkbox"/> 親戚朋友	<input type="checkbox"/> 網站	<input type="checkbox"/> 媒體	_____