

国际患者信息表  
联络信息

患者姓名:

\_\_\_\_\_  
(姓氏) (名字) (中间名)

出生日期: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 美国社会安全号码# \_\_\_\_\_  
(若患者有此号码)

国外地址:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_ 传真号码: \_\_\_\_\_

手机号码: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

患者职业信息:

雇主名称: \_\_\_\_\_ 职业: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_ 传真号码: \_\_\_\_\_

美国联系人 (如有的话)

联系人姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_ 传真号码: \_\_\_\_\_

手机号码: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

## 医疗信息

患者就诊原因\*: \_\_\_\_\_

\*请附上所有病历/相关档案 (需译成英文)。

特别预约要求/患者可以就诊的日期

---

---

## 付费信息

付费方式: (请圈选)

现金                      \*信用卡 MC / Visa / American Express                      支票                      \*\*国际医疗保险

\*持卡人姓名: \_\_\_\_\_ 卡号#: \_\_\_\_\_ 有效期限: \_\_\_\_\_

\*\*国际保险可用于所有估算超过 1000 美元的医疗费用。我们要求保险公司提供一份书面保证函, 说明保单的上限、自负额及不理赔的服务项目。请附上医疗保险卡的正背面的影印件。

## 要求提供的国际医疗服务

请注明患者/患者家属是否需要下列协助:

口译服务                      是                      否                      如是, 请注明语言种类 \_\_\_\_\_

住宿安排                      是                      否                      如是, 请注明价格范围 \_\_\_\_\_

机场接送                      是                      否                      如是, 请注明航班信息和随行人数 \_\_\_\_\_

请注明患者可能有的其他特殊需要和要求 (如有需要, 请再附上一页纸):

---

---

## 转诊信息

是谁向您推荐我们医院的? (请提供推荐人的姓名, 与您的关系和联系信息) \_\_\_\_\_

---

您是怎么知道我们医院的? (选择所有合适的选项)

医生推荐                       斯坦福医学论坛                       医院的声誉                       其他: (请注明) \_\_\_\_\_  
 朋友、亲戚                       网站                       媒体