

國際兒童患者信息表  
聯絡信息

患兒姓名:

\_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

患兒父母信息:

母親姓名 (包括娘家姓氏): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

父親姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

患兒父母職業信息:

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: \_\_\_\_\_ 與患兒關係: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

本地電話號碼: \_\_\_\_\_ 本地傳真號碼: \_\_\_\_\_

## 醫療信息

患兒是否出過水痘? 是 否 是否出過麻疹? 是 否

患兒就診原因\*: \_\_\_\_\_

\*請附上患兒所有的病歷/相關檔案 (需譯成英文)。

特別預約要求/患兒可以就診的日期:

---

---

## 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

請註明患兒/患兒家庭是否需要下列協助(請圈選):

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? (請勾選所有合適的答案)

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