外国人患者情報

記載日　　年　　月　　日　　コーディネーター名【　　】

氏名	英　語 （パスポート）		性　別	男性　・　女性
			生年月日	
	漢　字 （姓 名の順で）		電話番号 （患者様）	
	フリガナ （カタカナ）		携帯番号 （国内可）	
患者現住所			国　籍	
			日本の公的保険	有　・　無

病　名		組織型	
診断医療機関名			
既往症・家族歴			
紹介元医療機関	名　称 住　所 医師名 診療科 連絡先		
病状経過および 検査結果など			
症　状		転　移	有・無
放射線治療有無	有・無　　抗癌剤治療有無　　有・無	生検の有無	有・無
患者の希望事項 （照射部位など）			

代理者（コーディネーターなど）

名　称			
担当者名		電話番号	
患者滞在先			
緊急連絡先			
備　考			

QST 病院　国際医療連携課