**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**