**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**