

服务申请表 I

(REQUEST FORM I)

(Case# _____)

今后联系人 (今後連絡先):

与体检人关系 (健診者との関係):

电话 (電話):

E-mail:

* 与今后联系人无法取得联系时, 有可能与患者本人直接联系。

(今後連絡先と連絡が取れない場合は、直接受診者本人と連絡をとることがあります。)

个人信息 (個人情報)

患者姓名 (受診者名)

性别 (性別)

 男性 (Male) 女性 (Female)

出生日期 (生年月日)

年龄 (年齢)

国籍 (国籍)

固定电话 (固定番号)

身高 (身長)

cm

体重 (体重)

Kg

手机号码 (携帯番号)

E-mail:

现居住地地址 (現住所)

邮编

资料邮寄地址 (資料郵送先)

邮编

母语 (母国語)

 中文 (中国語) 英文 (英語) 其他 (その他)

可用于赴日检查, 治疗, 生活等的支付限额 (支払い可能限度額)

人民币

万

咨询目的 (お問合せ目的) 检查 (検査) 治疗 (治療) 第二诊疗意见 (セカンドオピニオン) 医疗签证身份担保 (医療滞在ビザ身元保証) 其他 (その他) [_____]

诊断名 (診断名)

 有 (

)

 无 (無)

想接受的检查或治疗 (受けたい検査或いは治療)

请详细填写经过 (詳細にご記入ください) 填写内容多时, 请另描述。

病史 (既往歴)

 有 (具体情况: _____) 无 (無)

日常生活能力 (日常生活動作)

步行 (Walking):

 独立 (Independent) 需要帮助 (Need help)

详情 (Detail) _____

坐姿 (Sitting):

 独立 (Independent) 需要帮助 (Need help)

详情 (Detail) _____

饮食 (Dietary Needs):

 独立 (Independent) 需要帮助 (Need help)

详情 (Detail) _____

排泄 (Toilet Needs):

 独立 (Independent) 需要帮助 (Need help)

详情 (Detail) _____



服务申请表 I

(REQUEST FORM I)

(Case# _____)

医院信息 (医療機関情報)

希望咨询, 就诊的医院 (受診希望病院)

有 ① _____ ② _____ ③ _____

无, 希望根据医疗信息推荐 (なし、医療情報に基づき推薦ください。)

希望诊疗日期 (希望診療日)

① _____ ② _____ ③ _____

如有已经联系好的医院, 请填写 (連絡、調整済みの病院があればご記入ください。)

医院名称 (医療機関名) _____ 诊疗科 (診療科) _____

联系人 (連絡先) _____ 电话 (電話) _____

E-mail: _____

主治医生 (主治医) _____ 初诊期日 (初診日) _____

检查, 治疗计划 (検査・治療計画)

医院是否同意在治疗计划书上盖章 (病院から治療計画書への押印承諾をもらいましたか)

同意 (はい) 不同意 (いいえ) 未确认 (未確認)

所需服务套餐 (サービスパッケージ)

治疗服务 A 套餐 (含医疗居留签证身份担保) (治療サービスパッケージ A、医療滞在ビザ申請用身元保証あり)

治疗服务 B 套餐 (不含医疗居留签证身份担保) (治療サービスパッケージ B、医療滞在ビザ申請用身元保証なし)

检查服务套餐 (検査サービスパッケージ)

第二诊疗意见 (セカンドオピニオン)

医疗签证身份担保 (医療滞在ビザ身元保証)

医疗翻译 (医療通訳)

***所有医疗翻译, 原则上不能使用患者自己准备的翻译人员, 需由我公司派遣医疗翻译。翻译费用由患者负担。**

(医療通訳は原則ご自分で用意した通訳者を使用することができません。受診者の費用負担でEAJより医療通訳を派遣します。)

您是如何联系到我公司的? (お問合せルートについて教えてください。)

医院网站 (病院 HP) (_____) 外务省网站 (外務省HP) EAJ网站 (EAJ HP) MAJ网站 (MAJ HP) 威马捷中文网站 (EAT中国語HP)

医院介绍 (病院紹介) (_____) 病友介绍 (患者紹介) 朋友介绍 (友人紹介) 其他 (その他) (_____)



服务申请表 I

(REQUEST FORM I)

(Case# _____)

※请详细填写上述全部内容，如没有详细填写，我公司有可能无法接受您的申请。
※填写的所有内容必须保证全部属实，如有虚假内容后果自负，本公司不承担任何责任。

～ 注意事项及免责声明 ～

1. 本公司不保证一定能治愈或一定能介绍到接收患者的医疗机构。
2. 本公司也不会对医疗机构的医疗失误及代叫的交通机关的事故等负任何责任。
3. 关于患者是否要来日接受治疗以及选择哪家医疗机构接受治疗，请患者自己决定。
4. 本公司只能在患者及医疗机关所提供的资料为正确资料的前提下才可提供服务。因此被提供的资料不正确时，可能会出现无法决定治疗方针，不得不接受与当初设想不同的治疗方法等对应方式。
5. 来日后，在接受治疗以及检查时，如果发现有其他新的疾病和症状时，会产生其他费用。如果没有办法支付追加费用时会中止所提供的各项服务。
6. 本项服务有可能由于天灾及战争等无法抗拒的灾难而无法提供或有部分服务接受限制。

*上記を漏れなくご記入いただきますようお願い致します。詳細な情報がございませんと、お手続きが進みませんのでご了承下さい。

*現在の状況をありのままお書き下さい。内容に虚偽があったことによって発生した問題については当社では責任を負いかねますのでご了承下さい。

注意事項および免責事項

- 1、 当社へのお申込みによって、治療をお約束するものではなく、また必ず医療機関をご紹介できると確約できるものではありません。
 - 2、 医療機関による医療過誤について、当社は責任を負いかねます。
- 当社が手配した車両による事故についても同様に責任を負いかねます。
- 3、 来日、受診医療機関については、ご自身の意思でお決めください。
 - 4、 患者様および現地医療機関から提供された医療情報をもとにサービスを提供いたします。医療情報等に不備があることにより、治療方針が定まらない、または当初希望していた治療が受けられない等の状況が発生することがございますので、必ず直近の医療情報をご提示下さい。
 - 5、 来日後、新たに行った検査治療により別の疾患が見つかり、関連する医療行為を行う場合、別途費用が発生致します。費用の支払いがない場合には、サービスの提供はできかねますのでご了承下さい。
 - 6、 本サービスは天変地異、戦争など不可抗力により、サービスの全部または一部が提供できないこともあります。