会诊

|  |
| --- |
| 患者信息 |
| information sheet |
| 填表日期 |
| 填表人 |

请在红色的单元格里填写客人的信息, 并在蓝色的单元格选择回答。橙色的单元格是日方输入, 中方不用填写。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | 中文 |  | 性別 |  |
| 英文 |  |
| 日文 | 汉字 |  |  |  |  |  |  |
| 片假名 |  |  |  |  |  |
| 国籍 |  | 居 | 住国 |  | 电话 | 患者 |  |
| 地址 |  | 号码 | 家属 |  |
| 出生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 职业 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.病名 | 中文 |  |
| 英文 |  |
| 日文 |  |
| 2.在中国国内的治疗医院（治疗科名） |  |
| 3.本人既往史及家族史 |  |
| 4.得病经过及检查结果 |  |
| 5.治疗经过（手术、放疗、化疗） 分别进行了几次需要具体写明 |  |
| 6.有无转移 |  |
| 7.有无进行放疗 |  |
| 8.患者的提问 |  |
| 9.最近一次检查日期 |  |
| 10.片子、图像及病理报告需不需要日语翻译? |  |
| 11.一般情况 | 体重 |  |
| 有无食欲，是否是平时饭量的1/2? |  |
| 能否自立行走，有无需要轮椅或需要第三者照顾? |  |
| 身体有无浮肿现象? |  |
| 有无其他明显症状? |  |
| 如有，是什么样的症状，何时开始? |  |
| 有无胸水，腹水现象? |  |
| 如有，何时开始? |  |
| 日方记载栏 |  |
| ＜注意事项＞提供最新血液报告 |
| ＜注意事项＞所发片子的图像不要分辨率低的JPEG形式，而要世界标准的DICOM FORMAT形式 |
| 备考 |  |

陪同人员( 0 位

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 不包括本人) 一共 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 与患者的关系 | 性别 | 出生日期 | 国籍 |
| 中文 | 英文 | 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 护照号码 | 居住地 | 电话号码 |
| 居住国 | 地址 |
|   |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |