

醫療計畫書

Medical Treatment Planning and Arrangement

機構資料 Medical Institution Information			
醫療機構全銜(Medical Institution Name) : _____			
本案聯絡人 Contact Person		聯絡電話 TEL	
病患基本資料 Basic Information			
病患姓名 Name			
國籍 Nationality		護照號碼 Passport No.	
出生日期 Date of Birth	yyyy/mm/dd	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)
醫療計畫 Medical information			
就醫原因 Reason for Medical Tourism	(應包含本次來台就醫必要性說明)		
主要診斷 Diagnosis			
病情說明 Brief Summary			
療程計畫 Treatment Plan	(應包含療程天數及期程治療說明，且所列天數應與預計停留時間一致) 預計停留時間 Estimated Length of stay : _____天		
伴醫需求 Accompanying needs	<input type="checkbox"/> 親屬(Relatives within third degree of relationship) _____人(person) <input type="checkbox"/> 醫護人員(Medical Personnel) _____人(person)		

(如有其他須敘明事項請自行增列)

主治醫師(Doctor) : _____ 日期(Date) : _____