Patient Information

★Please type or fill out in block letters（タイプ入力するか、はっきりとした書体でご記入ください）

Ⅰ Patient Data（患者情報）

Date （MM/DD/YY） / / Case NO.Z00

Contact Person （連絡窓口）

Name of contact person（連絡窓口担当者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐Male（男性） ☐Female（女性）

Relationship with the patient（患者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel ＿＿＿＿＿＿＿＿ Fax ＿＿＿＿＿＿＿＿ E-mail ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Patient （患者）

Patient's Name（患者名） ***★Please spell out exactly as in passport（パスポート通りに記入）***

Given name（名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ Middle name（ミドルネーム）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Surname（姓）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐Male（男性） ☐Female（女性）

Date of Birth MM/DD/YY （生年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿ Age（年齢）＿＿＿＿＿＿

Nationality（国籍）＿＿＿＿＿＿＿＿ ***★Please attach passport copy（パスポートコピーを添付）***

Address（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ Postal Code（郵便番号）＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿ Mobile phone Number（携帯番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Patient's Occupation （患者の職業）＿＿＿＿＿＿＿＿ Name of Work Place （勤務先名称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Native Language（母国語） ☐Japanese ☐English ☐Russian ☐Chinese ☐Other＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Interpreter（通訳） ☐Required（要）→ Desired language （希望言語）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐Not required（have enough Japanese proficiency）（日本語ができるため不要）

Passport （パスポート） ☐Obtained（有） Passport number （パスポート番号）＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐Not obtained （無）

Visa Issuance Support（Visa の手配） ☐Needed （要） ☐Not Needed （不要）

Defrayer of our service fee and medical expenses （費用支出者）

Defrayer's name （費用支出者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐Male（男性） ☐Female （女性）

Relationship with the patient （患者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Defrayer 's Occupation（費用支出者の職業）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
★If the Defrayer is the above patient, state ' same as above'.（支出者が患者の場合は、「同上」と記入）

Name of Work Place（勤務先名称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
★If the Defrayer is the above patient, state ' same as above'.（支出者が患者の場合は、「同上」と記入）

Spending Limit （支払い限度額）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅱ Medical Information （医療情報）

★Please fill out by patient or family （患者様ご自身かご家族様がご記入ください）

Diagnosis （診断名）

Hospital Name（医療機関）_____
Department（診療科）_____
Doctor in Charge（担当医）_____
☐ Hospitalized（入院中） / ☐ At Home（自宅療養中）

Progression of Illness（症状経過）History of illness（病歴）, diagnosis（診断名）, treatment（治療方法）, drugs taking etc（服用中の薬等）

Treatment recommended by Doctor in Charge（担当医から勧められている治療法）
Operation (including method), Radiotherapy (including times/dose), Chemotherapy (regimen/ times) etc
（手術の場合は術式、放射線治療は照射回数と線量、化学療法の場合はレジメンと回数まで詳しく）

Available medical information（提供可能な医療情報） ex. Contrast CT on November 1, 2018 （例:2018 年 11 月 1 日付け造影 CT）
★Medical images should be in DICOM format. （画像情報は DICOM フォーマットが必須です）

Past Medical History（既往症）

Past Medical Treatment（既往症に対する治療）

ADL (Daily Activities)（日常生活動作） ***★Check all that apply ✔ （当てはまるものに✔）***

	Independent （自立）	Need Help （一部介助）	Dependent （全介助）	Does not do （不可）
Sitting (more than 2hrs) （2 時間以上の座位）				
Walking（歩行）		☐With assistance（手引き） ☐With Crutches （杖） ☐Wheel Chair（車いす）		
Toiletting（排泄）			☐Diaper(オムツ) ☐Urinary catheter（導尿カテーテル）	
Eating（食事）				
Fit to fly (permission by doctor) （医師による渡航許可）				
Remarks if any （その他特記事項）				

Patient's Body Height （身長）_____cm Patient's Body Weight （体重）_____kg

Reason for seeking treatment in Japan（日本の医療機関での治療を希望する理由）

Purpose of Request （依頼目的）***★Check all that apply（複数回答可）***

☐Examination（検査） ☐Treatment（治療） ☐Second Opinion（セカンドオピニオン） ☐Other（その他）_____

Name of Requested Hospital and Department, Course of Examination and Treatment, etc.
（具体的に希望する医療機関、診療科、検査・治療内容）

Desired or Feasible Period for Treatment in Japan（日本で治療可能または希望する時期）

★Please forward all medical information such as medical reports, examination results, picture images by Email and File sharing services. カルテ、検査結果、画像等全ての情報をＥメールとファイル共有サービスでお送りください

Ⅲ Companion Information （同行者情報）

Companion（同行者） **☐Yes （有）→Fill out the below（以下を記入）** **☐No （無）**

① **Companion's Name**（同行者氏名）_____ ☐Male（男性） ☐Female（女性）

Relationship with the patient（患者との関係）_____

Date of Birth MM/DD/YY（生年月日）_____ Age（年齢）_____

Nationality（国籍）_____ ***★Please attach passport copy （パスポートコピーを添付）***

Address（住所）_____

_____Postal Code（郵便番号）_____

Tel_____Fax_____E-mail_____

Passport（パスポート）☐Obtained（有）→Passport number（パスポート番号）_____ ☐Not obtained（無）

Visa Issuance Support（Visa の手配）☐Needed（要） ☐Not Needed（不要）

② **Companion's Name**（同行者氏名）_____ ☐Male（男性） ☐Female（女性）

Relationship with the patient（患者との関係）_____

Date of Birth MM/DD/YY（生年月日）_____ Age（年齢）_____

Nationality（国籍）_____ ***★Please attach passport copy （パスポートコピーを添付）***

Address（住所）_____

_____Postal Code（郵便番号）_____

Tel_____Fax_____E-mail_____

Passport（パスポート）☐Obtained（有）→Passport number（パスポート番号）_____ ☐Not obtained（無）

Visa Issuance Support（Visa の手配）☐Needed（要） ☐Not Needed（不要）

★Please fill out this form in detail. Please attach passport copy as well.
（詳細に記入し、パスポートコピーの添付もお願い致します）