



# 高禾醫院預約需求表單

International Patient Inquiry Form

填表日期： 年 月 日

Date: (YYYY/MM/DD)

## 基本資料 Personal information

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 姓名<br>First Name/Last Name  |  | 尊稱<br>Title   | <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Mr.                                |
| 性別<br>Gender  |  | 生日<br>Date of Birth   | (YYYY/MM/DD)  |
| 國籍<br>Nationality   |  | 現居國家<br>Country of Residence  |   |
| 電子信箱<br>E-mail  |  | 護照號碼<br>Passport ID   |   |
| 電話一<br>Primary Phone  | <input type="checkbox"/> 家裡電話 Home<br><input type="checkbox"/> 行動電話 Mobile<br><input type="checkbox"/> 工作電話 Work | 電話二<br>Secondary Phone  | <input type="checkbox"/> 家裡電話 Home<br><input type="checkbox"/> 行動電話 Mobile<br><input type="checkbox"/> 工作電話 Work        |
| 母語<br>First Language  |  | 宗教信仰<br>Religion  |   |
| 居住地址<br>Address   |  | 預期聯絡方式<br>I prefer to be contacted by:  | <input type="checkbox"/> 電話 Phone<br><input type="checkbox"/> 電子信箱 Email<br><input type="checkbox"/> 兩者皆可 No preference |
| 當醫院聯絡您時，是否可提到醫院的機構名稱呢？<br>May we give our name "Kao-Ho Hospital" when contacting you? |  | <input type="checkbox"/> 是 Yes<br><input type="checkbox"/> 否 No   |   |
| 您透過何種管道得知本院訊息？<br>How did you learn about Kao-Ho Hospital?                            |  | <input type="checkbox"/> 主治醫師<br>Treating physician<br><input type="checkbox"/> 親友<br>Family embers/friends<br><input type="checkbox"/> 主管同事<br>Business partners<br><input type="checkbox"/> 本醫院員工<br>Hospital staff member<br><input type="checkbox"/> 本醫院網站<br>Hospital' s Website<br><input type="checkbox"/> 社群/討論區<br>Social Media<br><input type="checkbox"/> 其他新聞媒體<br>Other Press releases<br><input type="checkbox"/> 政府機構<br>Governmental institution<br><input type="checkbox"/> 醫療保險單位<br>Health insurance |   |

## 醫療服務需求 Medical Service Needs

|                                  |   |                                   |  |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 所需服務<br>Service Requested        | <input type="checkbox"/> 醫療諮詢與手術 Medical Consultation and Operation<br><input type="checkbox"/> 健康檢查 Health Checkup<br><input type="checkbox"/> 第二意見 Second Opinion<br><input type="checkbox"/> 尚未確定 Unsure |                                   |  |
| 預約日期<br>Date of Appointment      | <input type="checkbox"/> 儘速安排<br>Earliest date available<br><input type="checkbox"/> 日期偏好<br>Choose a preferred date (YYYY/MM/DD)   | 科別及檢查<br>Preferred Specialty      |  |
| 症狀描述<br>Symptom(s) to be Treated |   |                                   |  |
| 行動能力<br>Mobility Status          | <input type="checkbox"/> 行動未受限 Not limited<br><input type="checkbox"/> 輪椅 By wheelchair<br><input type="checkbox"/> 臥床 Bedridden<br><input type="checkbox"/> 加護病房 In ICU                                    | 指定醫師<br>Doctor Requested (If any) |  |
| 治療現況<br>Treatment Received       | 醫療保險現況<br>Insurance   |                                   |  |

## 個人與家族史 Patient's and Family's History

若您或您的家屬曾經罹患以下重大疾病或慢性病，請與表格中打「V」。

If you or your family members have ever had the disease mentioned below, please mark with "V"

| 疾病名稱<br>Disease | 病人<br>Patient         | 家長<br>Parents           | 手足<br>Sibling | 祖 (外) 父母<br>Grand Parents |
|-----------------|-----------------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| 糖尿病             |                       |                         |               |                           |
| 心臟疾病            |                       |                         |               |                           |
| 高血壓             |                       |                         |               |                           |
| 癌症              |                       |                         |               |                           |
| 肝炎              |                       |                         |               |                           |
| 中風              |                       |                         |               |                           |
| 腎臟疾病            |                       |                         |               |                           |
| 肺結核             |                       |                         |               |                           |
| 癲癇              |                       |                         |               |                           |
| 重度地中海貧血         |                       |                         |               |                           |
| 精神疾病            |                       |                         |               |                           |
| 其他              |                       |                         |               |                           |
| 接受重大手術          | Received a surgery    | 手術名稱 Types of Surgery:  |               |                           |
| 對藥物過敏           | Allergic to edicine   | 藥物名稱 Types of Medicine: |               |                           |
| 30 日內旅遊         | Took trips in 30 days | 旅遊地點 Trip's location:   |               |                           |

## 生活型態 Lifestyle

|                                   | 經常<br>Always | 偶爾<br>Occasional | 從不<br>Never | 已戒除<br>Quit |
|-----------------------------------|--------------|------------------|-------------|-------------|
| 您是否吸菸？<br>How often do you smoke? |              |                  |             |             |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 您是否飲酒？<br>How often do you drink wine or alcohol? |  |  |  |  |
| 您是否嚼時檳榔？<br>How often do you eat betel nut?       |  |  |  |  |

### 其他服務需求 Other Service Needs

|                            |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
| 簽證需求<br>Visa               | 我需要臺灣就醫簽證申請的相關協助。<br><input type="checkbox"/> I require visa assistance.  |  |  |
| 翻譯需求<br>Interpreter        | 1. 我希望就醫時使用的語言為：<br>_____。<br><input type="checkbox"/> Patient Language Preference while in the hospital:<br>_____。<br>2. 我需要貴院協助安排醫療翻譯服務。(註：此項服務為付費項目)<br><input type="checkbox"/> I require an interpreter while in the hospital. (Noted: The service can be provided at extra charge.)   |  |  |
| 飲食需求<br>Diet               | <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 清真飲食 <input type="checkbox"/> 食物過敏，食物名稱_____ <input type="checkbox"/> 其他<br>_____。<br><input type="checkbox"/> Vegetarian <input type="checkbox"/> Halal <input type="checkbox"/> Allergic to _____ <input type="checkbox"/> Others:<br>_____。   |  |  |
| 交通需求<br>Transportation     | 我需要下列勾選的交通接送服務。(註：此項服務為付費項目)<br><input type="checkbox"/> I require pick-up services below. (Noted: The service can be provided at extra charge.)<br>1. 上車地點 Pick-up location:<br>從機場到醫院，機場名稱為：<br><input type="checkbox"/> The airport:<br>_____。<br>從居住地點到醫院，居住地點為：<br><input type="checkbox"/> The hotel:<br>_____。<br>2. 上車日期 Pick-up date: YYYY/MM/DD<br>3. 車型 Preferred Car type:<br><input type="checkbox"/> 轎車 Sedan <input type="checkbox"/> 休旅車 SUV <input type="checkbox"/> 禮車 Limousine <input type="checkbox"/> 其他 Others |  |  |
| 住宿需求<br>Accommodation      | 我需要貴院推薦醫院附近的飯店名單。<br><input type="checkbox"/> I require recommendations for accommodations near Kao-Ho Hospital.  |  |  |
| 旅行需求<br>Traveling          | 我需要貴院推薦適合旅行的地點。<br><input type="checkbox"/> I require recommendations for suitable Traveling spots.   |  |  |
| 其他需求<br>Additional Request |   |  |  |

### 緊急聯絡人資料 Emergency Contact

|                       |  |                               |  |
|-----------------------|--|-------------------------------|--|
| 姓名<br>Name            |  | 關係<br>Relation to the patient |  |
| 尊稱<br>Title           | <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Mr.                         | 現居國家<br>Country of Residence  |  |
| 日間連絡電話<br>Phone (Day) | <input type="checkbox"/> 家裡電話 Home<br><input type="checkbox"/> 行動電話 Mobile<br><input type="checkbox"/> 工作電話 Work | 夜間連絡電話<br>Phone (Night)       | <input type="checkbox"/> 家裡電話 Home<br><input type="checkbox"/> 行動電話 Mobile<br><input type="checkbox"/> 工作電話 Work |