

患者氏名 :
患者 ID :

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA

Nome		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Data de nascimento (Ano /Mês /Dia)	/ /	Idade	anos
Endereço residencial ou do local de estadia no Japão			
Endereço do país de origem (para pessoas de estadia de curto período)			
Telefone residencial		Telefone celular	
Nacionalidade		Necessita de intérprete?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Idioma nativo		Profissão	
Outro idioma falado além da língua materna		Cuidado(s) especial(is) por motivos religiosos	

Contato de emergência			
Nome		Relação com o paciente	
Endereço			
Telefone residencial		Telefone celular	

● Qual a sua situação de estadia no Japão?			
<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Estadia de curto período (<input type="checkbox"/> negócios <input type="checkbox"/> turismo) <input type="checkbox"/> Estudo <input type="checkbox"/> Outros ()			
● Qual o motivo pelo qual escolheu nosso hospital?			
● É a primeira vez que se consulta neste hospital?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
● Tem carta de apresentação?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
● Fez reserva de atendimento da consulta?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tipo de seguro (de saúde)			
<input type="checkbox"/> Seguro do Japão (<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Particular)			
<input type="checkbox"/> Seguro no exterior (Nome da seguradora:)			
* Por favor, apresente o cartão de seguro de saúde ou outros documentos relacionados, caso os tenham			
<input type="checkbox"/> Não estou inscrito em nenhum seguro			
Especialidade médica que gostaria de fazer a consulta			
<input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Medicina psicossomática <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Dermatologia <input type="checkbox"/> Clínica geral <input type="checkbox"/> Clínica cirúrgica			
<input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Oftalmologia <input type="checkbox"/> Neurocirurgia <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Cirurgia torácica <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Cirurgia cardiovascular <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Nefrologia <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Neurologia			

* As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme os regulamentos internos deste hospital.