



## 預約需求表單 International Patient Inquiry Form

基本資料 Personal information			
姓名 Name		護照號碼/身分證 Passport or ID	
性別 Sex		生日 Date of Birth	
國籍 Nationality		現居國家 Country of Residence	
母語 First Language		宗教信仰 Religion	
電話一 Primary Phone		電話二 Secondary Phone	
永久住址 Permanent Address			
電子信箱 E-mail			
您目前是否居住台灣? Are you in Taiwan NOW?	<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	您是否具臺灣健保卡? Do you have Taiwan National Health Insurance Card?	<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
緊急聯絡人 Emergency Contact		關係 Relationship	
電話一 Primary Phone		電話二 Secondary Phone	
住址 Address			
醫療服務需求 Medical Service Needs			
所需醫療服務 Treatment request			
指定看診科別及醫師姓名 Assigned Physician's Name/ Department			
預約日期 Date of Appointment	<input type="checkbox"/> 儘速安排 Earliest date available <input type="checkbox"/> 日期偏好 _____ Choose a preferred date (YYYY/MM/DD)		
其他服務需求 Other Service Needs			
簽證需求 Visa	<input type="checkbox"/> 我需要臺灣就醫簽證申請的相關協助。 I require visa assistance.		
其他需求 Additional Request			