



美加旅遊 健康檢查預約登記表

Tel: 650-589-9000 Fax: 650-588-5700

基本資料

名字: _____ 電話: _____

美國聯絡地址: _____

台灣聯絡地址: _____

台灣聯絡電話: _____ 電子信箱: _____

性別: 男 女 出生日期: _____

有無美國醫療保險? 有 無 有無台灣全民健康保險? 有 無

個人病史

心血管疾病 高血脂症 腦中風 高血壓 肺部疾病 肺氣腫 肺結核

氣喘 骨質疏鬆 痛風 關節炎 風濕症 攝護腺肥大 腎病

泌尿系統疾病 貧血 惡性腫瘤 良性腫瘤 胃、十二指腸疾病 白內障、青光眼

肝炎或其他肝病 其他 _____

有無開刀史: 有 無 手術名稱: _____ 手術日期: _____

過敏藥物: 有 無 種類: _____ 禁忌食物: 有 無 種類: _____

健檢套裝項目

預定健檢日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

醫院名稱	健檢項目	價錢
Total:		

注意事項:

院方按現場情況，保有更動項目之權利。

請於受檢日至少二星期 (14 天) 前辦理預約。將此預約登記表傳真或郵寄回美加旅遊。

亞太海外醫療聯盟與美加旅遊均為代理預約單位，並無醫療行為之相關責任。

** 請將此表格填妥後傳真至美加旅遊，馬小姐收 Fax: 650-588-5700，或郵寄到:

220 South Linden Ave., #201, South San Francisco, CA 94080。 Attn: May Ma