



遠距諮詢/第二意見諮詢申請同意書

Telehealth Consultation/ Second Opinion Application Form

中文姓名 Chinese Name		英文姓名 English Name			
國籍 Nationality		護照號碼/身份證號碼 Passport or ID			
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	手機號碼 Cell Phone			
生日 (yyyy/mm/dd) Date of Birth		住家電話 Phone (H)			
居住地住址 Address	() Zip code				
目前是否居住台灣 Are you in Taiwan Now?	<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	語言 Language	<input type="checkbox"/> 中文 Mandarin <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 其他 Others _____		
疾病診斷/治療項目 Diagnose/ Treatment		看診科別/醫師姓名 Physician's Name			
如何得知本院就醫資訊? How did you get the information of our hospital?	<input type="checkbox"/> 網路搜尋 Internet <input type="checkbox"/> 醫師介紹 Doctor <input type="checkbox"/> 新聞媒體 Media	<input type="checkbox"/> 親友介紹 Family/ Friends <input type="checkbox"/> 轉介平台 Referral Name: _____ <input type="checkbox"/> 社交軟體 Social Media	<input type="checkbox"/> 病友介紹 Other Patients _____ <input type="checkbox"/> 其它 Others: _____		
遠距諮詢/第二意見諮詢申請 Telehealth / Second Opinion Application					
<input type="checkbox"/> 書面諮詢 (新台幣 6,000/次, 或美金 200 元/次) Written Consultation: NTD 6,000/each person/time, or USD 200/each person/time					
<input type="checkbox"/> 視訊諮詢 (基本: 新台幣 6,000/30 分鐘, 或美金 200 元/30 分鐘) Telehealth consultation-Basic charge: NTD 6,000/each person/30mins, or USD 200/each person/30mins					
1. 請您準備具有視訊鏡頭之電腦/筆電/智慧型手機/平板....等, 可進行網路通訊之訊備, 並確保您的連線狀態是穩定的 (建議於 WIFI 環境下連線)。 Please prepare a camera-enabled computer/laptop/smart phone/ I-Pad, and ensure your internet connection status is stable. (WIFI connection is recommended)					
2. 請先下載 Cisco WebEx Meetings 視訊會議系統 , 並完成伺服器設定, 以便與本院醫師進行視訊連線。 Please download the Cisco WebEx Meetings app and complete the settings to allow video conference with our Physician.					
備註: 1. 視訊諮詢以 30 分鐘為原則, 若延長時間需再加收費用, 未滿 30 分鐘以 30 分鐘計。 Remark: 1. Each Teleconsultation is 30 mins in length, additional charges will apply if go overtime.					
2. 影像報告 (X 光、CT 和 MRI 如張數過多需再加收費用) 2.If there is an excessive amount of X Ray, CT and MRI, then additional charges will apply					
3. 本收費可能會依實際情況有所差異, 以上費用僅供參考。 3.Consultation fees will vary depending on each case or specialty, above described fee are for reference.					
欲預約時段 (請打勾√) Appointment period:					
	星期一 (Mon)	星期二 (Tue)	星期三 (Wed)	星期四 (Thu)	星期五 (Fri)
09:00-12:00					
14:00-17:00					
本人同意使用視訊/書面諮詢 I hereby declare I agree to pay for Telehealth/ Written Consultation.					
姓名 (Name): _____			簽名 (Signature): _____		
護照號碼 (Passport No): _____			日期 Date (yyyy/mm/dd): _____		

