

## 就诊详情

1. 病人姓名 \_\_\_\_\_ ( 英文 : \_\_\_\_\_ ) 性别 : \_\_\_\_\_  
护照/身份证号码: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_
2. 既往病史: \_\_\_\_\_
3. 主诉: \_\_\_\_\_
4. 体征:      1. 生命体征: T: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ Bp: \_\_\_\_\_  
                 2. 体格检查阳性体征: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. 住院日期: \_\_\_\_\_  
    入院日期: \_\_\_\_\_ 日      月      年      时间: \_\_\_\_\_ (a.m./p.m.)  
    出院日期: \_\_\_\_\_ 日      月      年      时间: \_\_\_\_\_ (a.m./p.m.)
6. 住院建议人: \_\_\_\_\_
7. 诊断:  
    入院诊断: \_\_\_\_\_  
                 ( \_\_\_\_\_ )  
    出院诊断: \_\_\_\_\_  
                 ( \_\_\_\_\_ )

## 病人开销详情报告

8. 病房种类:      普通病房 ☐      加护病房 ☐
9. 住院费: (包括病房、膳食、 一般护理):  
    日开销: US\$ \_\_\_\_\_ 住院天数: \_\_\_\_\_ 开销总计US\$ \_\_\_\_\_
10. 医生探视费: US\$ \_\_\_\_\_
11. 手术室费用: US\$ \_\_\_\_\_
12. 医师具体费用 (手术医生和麻醉师):  
    手术医生: US\$ \_\_\_\_\_ 麻醉师: US\$ \_\_\_\_\_  
    其他: US\$ \_\_\_\_\_  
    总计: US\$ \_\_\_\_\_

13. 住院治疗期间的用药及治疗花费:

日期	时间	治疗用药医嘱单(包括用量和用法)	医生签名	花费(US\$)

日期	时间	治疗用药医嘱单(包括用量和用法)	医生签名	花费(US\$)

14. 住院治疗期间的检验花费:

X 光 : US\$

实验室检验 : US\$

心电图 : US\$

超声波 : US\$

其他 : US\$

15. 其他与治疗及/或与住院有关的花费:

总金额: US\$

日期: 日 月 年

主治医生签名或盖章