

Consultation Form / 諮詢表單

Last Name/姓		First Name/名	
Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male /男性	<input type="checkbox"/> Female/女性	
Birthdate/出生年月日		Occupation/職業	
Nationality/國籍		Passport Number/護照號碼	
Your Contact/聯絡方式	Email & Phone		
Your current resident country/ 現在居住國	<input type="checkbox"/> Taiwan/台灣 <input type="checkbox"/> Guam/關島 <input type="checkbox"/> Singapore/新加坡 <input type="checkbox"/> Malaysia/馬來西亞 <input type="checkbox"/> Thailand/泰國 <input type="checkbox"/> Philippines/菲律賓 <input type="checkbox"/> Indonesia/印尼 <input type="checkbox"/> Vietnam/越南 <input type="checkbox"/> Myanmar/緬甸 <input type="checkbox"/> Cambodia/柬埔寨 <input type="checkbox"/> India/印度 <input type="checkbox"/> Australia/澳洲 <input type="checkbox"/> New Zealand 紐西蘭 <input type="checkbox"/> USA/美國 _____ State/州 <input type="checkbox"/> Euro/歐洲國家 _____ <input type="checkbox"/> China/中國大陸 _____ City/城市 <input type="checkbox"/> Others/其他 _____		
Travel history/ 旅遊史	Country & Travel Duration/國家及旅遊日期		
Type of Consultation/ 諮詢類別	<input type="checkbox"/> Infectious disease prevention and treatment/傳染病防治 <input type="checkbox"/> Chronic illness management/赴外慢性病管理 <input type="checkbox"/> Health examination/健康檢查 <input type="checkbox"/> Family Medicine/家庭醫學科 <input type="checkbox"/> General Internal Medicine/一般內科 <input type="checkbox"/> Neurology/神經內科 <input type="checkbox"/> Thoracic Oncology/Pulmonary Medicine/胸腔內科 <input type="checkbox"/> Intelligent Diabetes, Metabolism and Exercise Center/智能糖尿病暨代謝中心 <input type="checkbox"/> Immunology and Rheumatology/風濕免疫科 <input type="checkbox"/> Gastroenterology/消化內科 <input type="checkbox"/> Cardiology/心臟血管系 <input type="checkbox"/> Nephrology/腎臟內科 <input type="checkbox"/> Hematology/Oncology/血液腫瘤科 <input type="checkbox"/> General Surgery/Gastroenteric Oncology/一般外科/胃腸肝膽胰臟等 <input type="checkbox"/> Thoracic Surgery/胸腔外科 <input type="checkbox"/> Breast Oncology/乳房腫瘤 <input type="checkbox"/> Liver Transplantation/肝臟移植門診 <input type="checkbox"/> Cardiac Surgery/心臟外科 <input type="checkbox"/> Colorectal Surgery/大腸直腸外科 <input type="checkbox"/> Urology/泌尿科 <input type="checkbox"/> Neurosurgery/神經外科 <input type="checkbox"/> Orthopedics/骨科 <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology/婦產科 <input type="checkbox"/> Radiation Oncology/放射腫瘤科 <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology(ENT)/耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> Ophthalmology/眼科 <input type="checkbox"/> Psychiatry/精神科 <input type="checkbox"/> Dermatology/皮膚科 <input type="checkbox"/> Chinese Medicine/中醫 <input type="checkbox"/> Others/其他 _____		
Your Question/ 諮詢內容			