

PRE-ADMISSION INFORMATION

入院前资料登记

(Please complete all information in English where possible 请尽量以英文填写所有资料)

Patient's Legal Name _____
病人姓名 Surname 姓 Given Name(s) 名

Personal Health Number (PHN) 个人医疗保险号码 _____ *Self Pay 自付费用
(*see back page 请看背页)

Birth Date 出生日期: Day 日 _____ Month 月 _____ Year 年 _____

Gender 性别: Male 男 Female 女

A) Permanent Home Address Information 永久住址:

Address 地址 _____ City 市 _____

Province 省 _____ Postal Code 邮政编码 _____ Country 国家 _____

Day or Cell Phone _____ Home Phone _____
日间或手机号码 住宅电话号码

B) Temporary / Local Address information (if applicable) 临时/本地住址 (如适用者):

Address 地址 _____ City 市 _____

Province 省 _____ Postal Code 邮政编码 _____ Country 国家 _____

Day or Cell Phone _____ Home Phone _____
日间或手机号码 住宅电话号码

C) Email address (optional) _____
电邮 (自由填写)

Admitting Physician/Midwife _____ Family Physician _____
安排入院医生/助产士 家庭医生

Next of Kin / Emergency Contact _____ Relationship _____
最近亲属 / 紧急联系 Surname 姓 Given Name(s) 名 关系

Day or Cell Phone _____ Home Phone _____
日间或手机号码 住宅电话号码

Preferred Accommodation (subject to availability) Private Room Semi-Private Room Standard Ward Room
留院房间选择 (视乎是否有空置床位) 私人房 半私人房 普通病房

Maternity patients 产妇病人 Due Date 预产期 Day 日 _____ Month 月 _____ Year 年 _____

PRE-ADMISSION INFORMATION

入院前资料登记

***NOTE TO SELF PAY PATIENT 自付费用病人留意事项**

Please contact Patient Accounts Clerk at Richmond Hospital to arrange pre-payment:
请联系列治文医院病人账号文书，以作预先付费安排：

Phone 请电：(604) 244-5180