



HEALTH TOURISM ENQUIRY & MEDICAL QUESTIONNAIRE

Please complete the below form for us to deliver better medical service and specialist referral. | Silakan isi formulir di bawah ini agar kami dapat memberikan layanan medis dan rujukan spesialis yang lebih optimal. | 더 나은 의료 서비스와 전문가의 추천을 위해 아래 양식을 작성해 주시기 바랍니다. | より良い医療サービスと専門医のご紹介のために、以下のフォームにご記入ください。| 请填写下列表格，以便我们为您提供更优质的医疗服务和专家转诊。

+60 88 225 457 / +60 19-881 4900
medicaltourism@medisinar.com
www.medisinar.com

Client's Profile (Profil Klien | 고객 프로필 | クライアントのプロフィール | 客户信息)

Full Name:

Nama Lengkap | 성명 | フルネーム | 姓名

Date of Birth: ____ / ____ / ____

Tanggal lahir | 생일 | 生年月日 | 出生日期

Age: ____

Usia | 나이 | 年 | 年齢

Gender: ☐ Male

Jantina | 성별 | 性別

☐ Female

Perempuan | 여성들 | 女性

☐ Prefer not to say

Tidak berkaitan | 관련이 없는 | 無關係な | 无关

Passport No: _____

Nomor Paspor | 여권번호 | パスポート番号 | 护照号码

Nationality: _____

Kebangsaan | 국적 | 國籍

H/Phone No: _____ (Include country code)

Nomor Ponsel | 휴대폰 번호 | 携帯電話番号 | 手机号码

Email 1: _____

E-mail 1 | 이메일 1 | メール 1 | 电子邮件 1

Email 2: _____

E-mail 2 | 이메일 2 | メール 2 | 电子邮件 2

Preferred Contact Method:

Metode Kontak | 연락 방법 | 連絡方法 | 联系方式

☐ WhatsApp/SMS

☐ Phone

Telepon | 휴대폰 | 電話 | 电话

☐ Email

E-mail | 이메일 | メール | 电子邮件

Address: _____

Alamat | 주소 | 住所 | 地址

Post Code: _____

Kode Pos | 우편번호 | 郵便番号 | 邮政编码

City: _____

Kota | 도시 | 市 | 城市

State: _____

Negeri | 상태 | 州 | 状态

Country: _____

Negara | 국가 | 国 | 国家

Preferred Language: ☐ English

☐ 中文

☐ 한국어

☐ 日本語

☐ Bahasa Indonesia

Bahasa | 선호하는 언어 | 優先言語 | 首选语言

Emergency Contact (Kontak Darurat | 비상 연락처 | 緊急連絡先 | 紧急联系信息)

Full Name: _____

Nama Lengkap | 성명 | フルネーム | 姓名

H/Phone No: _____ (Include country code)

Nomor Ponsel | 휴대폰 번호 | 携帯電話番号 | 手机号码

Insurance Provider / Employer's Information (Informasi Penyedia Asuransi / Majikan | 보험 제공자 및 고용주 정보 | 保険会社および雇用主の情報 | 保险供应商/雇主信息)

Please include your insurance provider/employer information to process health benefits.

Silakan sertakan informasi mengenai penyedia asuransi atau perusahaan Anda untuk memproses manfaat kesehatan. | 건강 혜택을 처리하기 위해 보험 제공자 또는 고용주 정보를 포함하십시오. | 健康保険の手続きには、保険会社または雇用主の情報を入力してください | 请提供您的保险供应商或雇主信息，以便处理健康福利。

Insurance / Third Party Administrator (TPA): _____

Asuransi / Administrator Pihak Ketiga | 보험/제3자 관리 기관 | 保険/第三者管理者 | 保险/第三方管理机构

Member / Policy No.: _____

Anggota / Nomor Kebijakan | 회원/정책 번호 | 會員/保險証券番号 | 会员/保单号

Office Phone No.: _____ (Include country code)

Nomor Telepon Kantor | 사무실 전화번호 | オフィスの電話番号 | 办公电话号码

Email: _____

E-mail | 이메일 | メール | 电子邮件

TPA/Insurance Contact Name: _____

Nama Kontak TPA/Asuransi | 제3자 관리자/보험 담당자 이름 | 第三者管理者/保険連絡先名 | 第三方管理员/保险联系人姓名

Client's General Practitioner / Doctor Contact Information (Informasi Kontak Dokter Umum/Dokter Klien | 고객의 주치의 또는 의사 연락처 정보 | クライアントの主治医/医師の連絡先情報 | 客户的全科医生或医生的联系信息)

Name of General Practitioner: _____

Nama Dokter Umum | 일반의 성명 | かかりつけ医の名称 | 全科医生的姓名

Email: _____

E-mail | 이메일 | メール | 电子邮件

Office Phone No.: _____ (Include country code)

Nomor Telepon Kantor | 사무실 전화번호 | オフィスの電話番号 | 办公电话号码

Medical History (Riwayat Kesehatan | 병력 | 病歴 | 病史)

Kindly provide a brief description of your medical/ dental issue that you which to seek treatment for:

Mohon berikan deskripsi singkat tentang masalah medis/gigi Anda yang ingin Anda tangani | 치료를 원하시는 의료/치과 문제에 대한 간략한 설명을 제공해 주십시오 | 治療を希望する医療/歯科の問題を簡単に説明してください | 请简要描述您想要治疗的医疗/牙科问题

Example: Heart Disease, Hypertension, Diabetes, Asthma/COPD, etc

Contoh: Penyakit Jantung, Hipertensi, Diabetes, Asma/PPOK, dll. | 예: 심장병, 고혈압, 당뇨병, 천식/만성폐쇄성폐질환 등 | 例: 心臓病、高血圧、糖尿病、喘息/COPDなど

| 例如: 心脏病、高血压、糖尿病、哮喘/慢性阻塞性肺病等

Please state: _____

Sila nyatakan | 다음을 명시해 주시기 바랍니다 | 以下を明記してください | 请注明

Upon reviewing your medical details, our Doctor will contact you for more details and treatment plan.

Setelah meninjau rincian medis Anda, Dokter kami akan menghubungi Anda untuk rincian lebih lanjut dan rencana perawatan. | 담당 의사가 귀하의 건강 정보를 검토한 후, 자세한 내용과 치료 계획을 위해 귀하에게 연락을 드릴 것입니다. | あなたの医療情報を確認した後、当院の医師が詳細と治療計画についてご連絡いたします。 | 在审查您的医疗详细信息后，我们的医生将与您联系以获取更多详细信息和治疗计划。

Please upload any relevant medical document

email us at: medicaltourism@medisinar.com

Acceptance (Penerimaan | 수락 | 受け入れ | 验收)

By signing, you confirm you have read and agree to these Terms & Conditions.

Dengan menandatangani, Anda mengonfirmasi bahwa Anda telah membaca dan menyetujui Ketentuan dan Syarat ini.

서명함으로써 귀하는 본 이용 약관을 숙지하고 동의함을 확인합니다.

署名することによって、本利用規約を読み、同意したことを確認いたします。

通过签署，您确认已阅读并同意这些条款与条件。

Signature: _____ Date: _____

MEDICAL IN CONFIDENCE

Terms & Conditions

1. **For our Terms & Conditions and Personal Data notice, please refer to Malaysia's PDPA guidance: Personal Data Protection – General Practice** (<https://www.pdp.gov.my/ppdpv1/en/akta/personal-data-protection-general-practice/>)
2. **Communications.** You agree we may contact you about your care via WhatsApp/SMS/phone/email. These channels carry inherent privacy risks despite safeguards.
3. **Your rights.** You may request access/correction of your data and may withdraw non-essential consents by contacting us. Withdrawal does not affect processing already performed.
4. **Fitness to fly / certificates.** Letters or certificates are issued only if clinically appropriate, at the clinician's discretion.
5. **Fees & insurance.** You are responsible for charges not covered by your insurer/employer. Turnaround times may vary; some results or referrals may be completed after you travel.
6. **Urgent symptoms.** If you have red-flag symptoms (e.g., severe chest pain, breathlessness, weakness on one side), seek emergency care immediately.
7. **Eligibility.** You confirm you are completing this form for yourself (or as a lawful guardian/carer) and are at least 18 years old (or have guardian consent).

Ketentuan & Persyaratan

1. Untuk Syarat & Ketentuan serta pemberitahuan Data Pribadi kami, silakan merujuk pada panduan PDPA Malaysia: **Perlindungan Data Pribadi – Praktik Umum** (<https://www.pdp.gov.my/ppdpv1/en/akta/personal-data-protection-general-practice/>)
2. **Komunikasi.** Anda setuju bahwa kami dapat menghubungi Anda mengenai perawatan Anda melalui WhatsApp/SMS/telepon/email. Saluran-saluran ini memiliki risiko privasi yang melekat meskipun terdapat perlindungan.
3. **Hak Anda.** Anda berhak untuk meminta akses atau koreksi terhadap data Anda dan dapat mencabut persetujuan yang tidak relevan dengan menghubungi kami. Pencabutan persetujuan ini tidak akan memengaruhi pemrosesan yang telah dilakukan.
4. **Kelayakan terbang/sertifikat.** Surat atau sertifikat hanya akan dikeluarkan jika secara klinis memenuhi syarat, berdasarkan kebijakan dokter.
5. **Biaya dan asuransi.** Anda bertanggung jawab atas biaya yang tidak ditanggung oleh perusahaan asuransi atau perusahaan Anda. Waktu penyelesaian dapat bervariasi; beberapa hasil atau rujukan mungkin baru tersedia setelah Anda melakukan perjalanan.
6. **Gejala yang mendesak.** Jika Anda mengalami gejala yang perlu diperhatikan (misalnya, nyeri dada yang parah, sesak napas, atau kelemahan pada satu sisi), segera cari bantuan darurat.
7. **Kelayakan.** Anda menyatakan bahwa Anda mengisi formulir ini untuk diri sendiri (atau sebagai wali/pengasuh yang sah) dan berusia minimal 18 tahun (atau memiliki izin dari wali).

이용 약관

1. 당사의 이용 약관 및 개인 데이터 고지에 대해서는 말레이시아 **PDPA 지침인 개인 데이터 보호 - 일반 의료** (<https://www.pdp.gov.my/ppdpv1/en/akta/personal-data-protection-general-practice/>)를 확인하시기 바랍니다.
2. **커뮤니케이션.** 귀하는 당사가 WhatsApp/SMS/전화/이메일을 통해 귀하의 치료에 관하여 연락하는 것에 동의합니다. 이러한 채널은 안전 조치에도 불구하고 개인정보 보호에 대한 위험을 내포하고 있습니다.
3. **귀하의 권리.** 귀하는 당사에 연락하여 귀하의 데이터 접근 또는 수정을 요청하고, 필수적이지 않은 동의를 철회할 수 있습니다. 철회는 이미 수행된 처리에 영향을 미치지 않습니다.
4. **비행 적합성 증명서/증명서.** 임상적으로 적합한 경우에 한하여 임상자의 재량에 따라 증명서 또는 증명서가 발급됩니다.
5. **수수료 및 보험.** 보험사 또는 고용주가 부담하지 않는 비용은 고객님의게서 부담하셔야 합니다. 처리 시간은 상이할 수 있으며, 일부 결과 또는 의뢰는 고객님의게서 여행 후에 완료될 수 있습니다.
6. **긴급 증상.** 위험 신호 증상(예: 심한 흉통, 호흡 곤란, 한쪽 팔의 약화)이 나타나면 즉시 응급 치료를 받으십시오.
7. **자격.** 귀하는 본인(또는 법적 보호자/양육자)을 대신하여 이 양식을 작성하고 있으며, 만 18세 이상(또는 보호자의 동의를 받은 경우)임을 확인합니다.

利用規約

1. 当社の利用規約および個人データに関する通知については、マレーシアのPDPAガイダンス「個人データ保護 - 一般的な慣行」(<https://www.pdp.gov.my/ppdpv1/en/akta/personal-data-protection-general-practice/>)をご参照ください。
2. **コミュニケーション。** お客様は、当社がWhatsApp/SMS/電話/メールを通じてお客様のケアに関してご連絡することに同意されるものとします。これらの手段は、安全対策が講じられているにもかかわらず、プライバシーリスクを伴います。
3. **お客様の権利。** お客様は、当社にご連絡いただくことで、ご自身のデータへのアクセスや修正を要求し、また、必須ではない同意を撤回することができます。撤回は、既に行われた処理には影響を及ぼしません。
4. **飛行適性／証明書。** 医師の判断に基づき、臨床的に適切と認められた場合に限り、証明書または診断書が発行されます。
5. **料金と保険。** 保険会社や雇用主が負担しない費用はお客様のご負担となります。処理時間は状況によって異なり、結果や紹介が渡航後に完了することがあります。
6. **緊急症状。** 危険信号となる症状（激しい胸痛、息切れ、片側の脱力など）が見られる場合は、直ちに救急医療を受けることが重要です。
7. **資格。** あなたは、ご自身（または法定後見人／介護者）のためにこのフォームに記入し、18歳以上であること（または後見人の同意を得ていること）を確認します。

条款与条件

1. 有关我们的条款和条件以及个人数据通知, 请参阅马来西亚的 **PDPA 指南: 个人数据保护 - 一般实践** (<https://www.pdp.gov.my/ppdpv1/en/akta/personal-data-protection-general-practice/>)
2. **通讯。** 您同意我们可以通过 WhatsApp、短信、电话或电子邮件与您联系, 以告知您的护理事宜。尽管已采取安全措施, 但这些渠道仍然存在固有的隐私风险。
3. **您的权利。** 您可以与我们联系, 请求访问或更正您的数据, 并撤回非必要的同意。撤回同意不会影响已进行的处理。
4. **飞行适宜性/证书。** 仅在临床医生认为适合飞行的情况下, 方可签发信函或证书。
5. **费用与保险。** 您需自行承担保险公司或雇主未承保的费用。处理时间可能会有所不同; 部分结果或转诊可能在您旅行后才会完成。
6. **紧急症状。** 如果您出现危急症状 (如剧烈胸痛、呼吸困难或一侧无力), 请立即寻求紧急医疗帮助。
7. **资格。** 您确认您是为自己 (或作为合法监护人/照顾者) 填写此表, 并且您已年满 18 岁 (或已获得监护人同意)。