



## 倉岡クリニック

3012 E. Hebron Parkway Suite 104, Carrollton, TX 75010  
 Phone: (972) 306-0808 Fax: (678) 890-8291 Email: dallas@kuraokaclinic.com

[www.kuraokaclinic.com](http://www.kuraokaclinic.com)

\*ローマ字表記でご記入下さい

PATIENT INFORMATION (患者情報)				DATE:	
First (名) Last (姓)		SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)		CELL PHONE NUMBER (本人/保護者携帯電話番号)
HOME ADDRESS (自宅住所)		APT. NO.	CITY (市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
SSN (ソーシャルセキュリティ番号)	INSURANCE (保険) 第1保険 第2保険		HOME PHONE (自宅番号)		
EMAIL ADDRESS 1 (本人/保護者メールアドレス)			EMAIL ADDRESS 2 (保護者2/配偶者メールアドレス)		
EMPLOYER (勤務先)	WORK PHONE (勤務先電話番号)	米国滞在予定期間	MARITAL STATUS (婚姻の有無) <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> WIDOWED		

INSURANCE POLICY HOLDER INFORMATION (被保険者情報) *上記と同じ場合は記入不要				
NAME FIRST (名) Last (姓)		SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)	AGE (年齢)
HOME ADDRESS (自宅住所) *上記と同じ場合は記入不要		APT. NO.	CITY (市)	STATE (州) ZIP (郵便番号)
SSN (ソーシャルセキュリティ番号)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)		HOME PHONE (自宅番号)	
EMAIL ADDRESS (メールアドレス)	EMPLOYER (勤務先)	WORK PHONE (勤務先電話番号)		

FAMILY MEMBERS (上記以外のご家族の情報)				
First (名) Last (姓)	SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	
First (名) Last (姓)	SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	
First (名) Last (姓)	SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	
First (名) Last (姓)	SEX (性別) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	

PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY (緊急時連絡先)		
NAME (名前) First (名) Last (姓)	RELATIONSHIP TO PATIENT (患者様との関係)	
CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	WORK PHONE (勤務先電話番号)	

INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT  
 (保険会社への問い合わせと支払いに対する同意書)

I HEREBY AUTHORIZE MY ATTENDING PHYSICIAN TO FURNISH INFORMATION TO THE INSURANCE CARRIERS LISTED ABOVE CONCERNING MY ILLNESS AND TREATMENTS AND I HEREBY ASSIGN TO HIM ALL PAYMENTS FOR MEDICAL SERVICES RENDERED TO MYSELF OR MY DEPENDENTS UNTIL REVOKED IN WRITING. **I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ANY AMOUNT NOT COVERED BY INSURANCE AT THE TIME OF SERVICE.**

私は、主治医が私の病氣と処置に関する情報を上記の保険会社に提供することに同意し、また、書面による取消しをしない限り、私自身ならびに私の扶養家族に係わる医療費の支払いを上記の保険会社に委嘱します。

**なお、保険によりカバーされない医療費に関しては、自己の責任で負担することに合意します。**

PRINT NAME

SIGNATURE

DATE

(REV.04/2016)