倉岡クリニック

5100 Bradenton Ave, Suite A, Dublin, OH 43017
Phone:(614)766-5500　Fax: (614)489-6391
www.kuraokaclinic.com

PATIENT INFORMATION（患者様情報）

アルファベットでご記入ください

First (名) Last (姓)	SEX(性別) □ MALE □ FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (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ー番号)	EMAIL ADDRESS(メールアドレス)		
INSURANCE(保険) 第1保険	第2保険		
PHARMACY INFORMATION（薬局情報） NAME/ ADDRESS/			

HOUSEHOLDER (世帯主様情報)

NAME First (名) Last (姓)	SEX (性別) □ MALE □ FEMALE	DOB (生年月日)	AGE (年齢)
SSN (ソーシャルセキュリティー番号)	CELL PHONE (携帯番号)	HOME PHONE (自宅番号)	
EMPLOYER (勤務先)	WORK PHONE (職場電話番号)	MARITAL STATUS (婚姻の有無) □ SINGLE □ MARRIED □ DIVORCED □WIDOWED	

FAMILY MEMBERS（上記以外のご家族の情報）

First (名) Last (姓)	SEX(性別) □ MALE □ FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)
First (名) Last (姓)	SEX(性別) □ MALE □ FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)
First (名) Last (姓)	SEX(性別) □ MALE □ FEMALE	DOB (生年月日)	CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)
First (名) Last (姓)	SEX(性別) □ MALE □ 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)

*アメリカ国内で連絡が取れる方

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 (職場電話番号)

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、主治医が私の病気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.05/2018)

患者様登録用紙