



倉岡クリニック

1151 Bethel Rd. Suite 101, Columbus, OH 43220
Phone: (614) 766-5500 • Fax: (614) 489-6391
ohio@kuraokaclinic.com / www.kuraokaclinic.com

患者様登録用紙

PATIENT INFORMATION (患者様情報) ※氏名は全てローマ字でご記入ください。

DATE:

First (名) ローマ字	Last (姓) ローマ字	SEX (性別) ☐ MALE ☐ 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)
Pharmacy (薬局名) *必ずご記入ください。		Phone # (薬局電話番号)	INSURANCE (保険) 第1保険 第2保険		
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) ☐ SINGLE ☐ MARRIED ☐ DIVORCED ☐ WIDOWED		

*薬局は、処方箋が発行された場合に電子送信するため、必ずご指定いただく必要があります。ご自宅またはご勤務先の近くの薬局をお選びいただき、ご記入ください。

INSURANCE POLICY HOLDER INFORMATION (被保険者様情報) ※上記と同じ場合は記入不要

NAME FIRST (名)	Last (姓)	SEX (性別) ☐ MALE ☐ 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)
CELL PHONE NUMBER (携帯電話番号)	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) ☐ 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) ※緊急連絡先は、米国在住で米国の電話番号をお持ちの方をご記入ください。

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)

1. INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT

(保険会社への情報提供および保険給付金の支払いに関する同意)

I authorize Kuraoka Clinic (the "Clinic") to release my medical information to my insurance carriers for payment purposes, and I assign to the Clinic all insurance payments for services provided to me or my dependents. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance. This authorization remains in effect until I revoke it in writing.

私は、主治医が私の病状及び治療に関する情報を上記の保険会社に提供することを承認し、また、本承認を書面により取消さない限り、私および私の扶養家族が受けた医療サービスに対する保険給付金を当院に直接支払うことに同意します。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同意します。

2. CONSENT TO EXCHANGE DOCUMENTS CONTAINING PERSONAL INFORMATION BY EMAIL

(Eメールによる個人情報を含む書類の送受信に関する同意)

I request and authorize Kuraoka Clinic (the "Clinic") to use the email address(es) I have listed on this form to send and receive documents and communications that may contain my personal information and protected health information (PHI), including but not limited to registration documents, insurance information, test results, referrals, and billing statements.

私は、倉岡クリニック(以下「当院」)が、本書に記載した私のメールアドレスを用いて、私の個人情報および医療情報を含む書類(登録書類、保険情報、検査結果、紹介状、請求書など。ただし、これらに限りません)を送受信することを依頼するとともに、これに同意します。

I understand that email is not a completely secure means of communication and that, despite the Clinic's reasonable safeguards, there is a risk that messages could be intercepted, misdirected, or read by unauthorized third parties. Understanding these risks, I still choose to communicate by email. I understand that I may revoke this consent at any time by notifying the Clinic in writing, and that revocation will not affect communications sent before it is received.

Eメールは完全に安全な通信手段ではなく、当院が合理的な安全対策を講じて、傍受、誤送信、または権限のない第三者による閲覧の危険性があることを理解した上で私はEメールでのやりとりを希望します。本同意は、書面により当院に通知することでいつでも取り消すことができ、取消しは当院が通知を受領する以前の送受信には影響しないことを理解しています。

By signing below, I confirm that the information provided on this form is accurate and that I agree to Sections 1 and 2 above.

下記に署名することにより、私は本書の記載内容が正確であることを確認し、上記1および2の各項目に同意します。

PRINT NAME (氏名・活字体)

SIGNATURE (署名) ※18歳未満の場合は保護者の署名

DATE (日付)

(REV.08/2026)