

**PATIENT INFORMATION**  
**外来診察申込書**

DATE: \_\_\_\_\_

**Patient No:** \_\_\_\_\_

患者氏名 Last Name 姓: _____ First Name 名: _____	
誕生日 月 日 年 D.O.B: - -	年齢 性別 男 女 独身 既婚 ソシヤル セキュリティー Age: Sex: M F <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married SSN: _____
世帯主 <input type="checkbox"/> 同上(same as above) Guarantor :	勤務先 / 学校 Employer / School
自宅住所 Address :	住所 Address:
City:	
STATE: Zip:	City: STATE: Zip:
Tel: 自宅 HOME ( ) 携帯 CELL ( ) EMAIL	勤務電話 Tel: ( ) EXT: _____

YES: May we leave voicemails containing personal medical information  
 (個人的な医療情報や結果を含む詳細を留守電に残しても良いですか)

**EMERGENCY CONTACT 緊急時の連絡先**

アメリカ国内緊急時の連絡者名 \_\_\_\_\_ 緊急時連絡先の電話番号 \_\_\_\_\_  
 Contact Person in the U.S.: Phone# of Contact Person:  
 緊急時連絡者の住所 \_\_\_\_\_ 患者との関係 夫婦 子供 他  
 Address of Contact Person: Relation to Patient: Spouse Child Other  
 日本での連絡先住所 (Japanese Address if any): \_\_\_\_\_ 日本電話番号 \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_

当院をどこでお知りになりましたか? Where did you hear about us?

- Newspaper (ジャピオン・Daily Sun・Weekly Biz・その他)  
 Website (info-fresh・add 7・当院website・その他)  
 Friend(友人)  
 Otherその他 \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION 医療保険情報**

保険会社名 \_\_\_\_\_ 保険番号 \_\_\_\_\_  
 Name of Insurance: Policy / ID #

\*If Patient is not policyholder, fill out the following; 患者様が保険契約者以外の場合、下記の情報を記入してください。  
 保険契約者のプリント名 \_\_\_\_\_ 保険契約者の誕生日 \_\_\_\_\_  
 Print Full Name of Policyholder: Date of Birth of Policyholder: \_\_\_\_\_

保険会社電話 \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Period: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

Deductible: \_\_\_\_\_ Copay: \_\_\_\_\_