

PATIENT INFORMATION
外来診察申込書

DATE: _____

患者氏名 Last Name 姓: _____ First Name 名: _____	
誕生日 月 日 年 年齢 性別 男 女 Date of Birth: - - Age: Sex: M F	
世帯主/保護者 Guarantor/Guardian: _____	勤務先/学校 Employer/School: _____
自宅住所 Address Street: _____	住所Address Street: _____
Apt/Ste: City: _____	Ste/Fl: City: _____
State: _____ Zip: _____	State: _____ Zip: _____
自宅 Home phone: 携帯 Cell phone: _____ (本人,夫,妻,父,母) Email address: _____	勤務電話 Office phone: _____ Ext: _____

May we leave voicemails containing personal medical information on your cell phone?

個人的な医療情報や結果を含む詳細を携帯の留守電に残しても良いですか? YES/はい NO/いいえ

EMERGENCY CONTACT 緊急時の連絡先

アメリカ国内緊急時の連絡者名 Contact Person in the US: _____	緊急時連絡先の電話番号 Phone Number of Contact Person: _____
緊急時連絡者の住所 Address of Contact Person: _____ Street: _____ Apt/Ste: _____ City: _____	患者との関係 夫婦 子供 他 Relation to Patient: Spouse Child Other State: _____ Zip: _____
日本での連絡先住所(Overseas Address If Any): _____	日本電話番号 Phone: _____ ()

INSURANCE INFORMATION 医療保険情報

保険会社名 Insurance Company: _____	保険番号 Policy Number: _____
-----------------------------------	------------------------------

***If patient is a dependent, fill out policyholder's information 患者が保険契約者の扶養家族の場合、保険契約者の情報を記入してください。**

保険契約者のプリント名 Print Full Name of Policyholder: _____	保険契約者の誕生日 Date of Birth of Policyholder: _____ - _____ - _____
---	---

PHARMACY 薬局

Where would you like to pick up your prescription?

ご指定の薬局 CVS Duane Reade Rite Aid Otherその他 _____
 Address 住所 _____
 Street: _____ City _____ NY Zip _____

How did you hear about us? 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

Print Media フリーペーパー: ジャピオン、 Weekly Biz、 ニューヨーク便利帳、その他 _____

Website: google検索、 ejapion、 NY便利帳Web版、その他 _____

What search words did you use? 検索キーワードをご記入下さい _____

Friendご友人、 Colleague勤務先、 Familyご家族、 Insurance Company保険会社、 Sales営業、その他 _____