

## CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

※ 下記の質問は、よりよいサービスを提供させて頂く為に保存しておくものです。ご質問などございましたら、受け付けにお尋ね下さいませ。

- (ふりがな)
1. 名前 : \_\_\_\_\_ 性別 : 男・女 3. 住所 : \_\_\_\_\_  
2. 電話 (自宅) : \_\_\_\_\_ CITY : \_\_\_\_\_ STATE : \_\_\_\_\_  
(携帯) : \_\_\_\_\_ ZIP : \_\_\_\_\_
4. 生年月日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年齢 : \_\_\_\_\_ 5. 結婚歴 : 未婚・既婚・離婚・死別  
(MONTH) (DATE) (YEAR)
6. 子供の人数 : \_\_\_\_\_
7. 職業 : \_\_\_\_\_ 勤務先 : \_\_\_\_\_ 勤務先の住所 : \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号 : \_\_\_\_\_
8. 配偶者の名前 : \_\_\_\_\_ (ふりがな)  
配偶者の職業 : \_\_\_\_\_
9. **緊急の場合の連絡先**  
名前 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_  
関係 : \_\_\_\_\_
10. 運転免許証番号 : \_\_\_\_\_
11. 当クリニックの事をどちらでお聞きになりましたか?  
紹介者 : \_\_\_\_\_ 雑誌 : \_\_\_\_\_ その他 : \_\_\_\_\_
12. 保険をお持ちですか? いいえ はい  
保険会社名 : \_\_\_\_\_ 保険番号 : \_\_\_\_\_
13. 最後の健康診断の日付 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(MONTH) (DATE) (YEAR)
14. 手術を受けられたことがありますか? いいえ はい いつ頃ですか? \_\_\_\_\_  
どのような手術ですか? \_\_\_\_\_
15. 大きな病気にかかったことがありますか? いいえ はい いつ頃ですか? \_\_\_\_\_  
どのような病気ですか? \_\_\_\_\_
16. 今までにかかった病気に☑して下さい。  

<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 鼻の病気	<input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 関節炎	<input type="checkbox"/> 神経痛	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 冷え性
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胃腸病	<input type="checkbox"/> リウマチ熱	<input type="checkbox"/> ふるえ
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 過労
17. 今日の予約の目的 : \_\_\_\_\_
18. この症状で他の先生に診察を受けましたか? いいえ はい
19. この一年の間に医者に治療を受けたことがありますか? いいえ はい  
内容 : \_\_\_\_\_  
現在、何か薬を服用していますか? \_\_\_\_\_

◎保険請求に対してドクターの方から請求して頂き、直接ドクターに保険金が支払われることを承諾致します。不足分、又は保険でカバーされない場合は、私自身が支払うことを約束致します。

(ふりがな)  
責任をもってお支払いをする方の氏名 : \_\_\_\_\_

患者サイン : \_\_\_\_\_ ソーシャルセキュリティーナンバー : \_\_\_\_\_ 日付 : \_\_\_\_\_

保護者のサイン (18歳以下の場合) : \_\_\_\_\_ 日付 : \_\_\_\_\_