



Welcome!

Patient Information

患者インフォメーション

Date _____ Soc. Sec.# _____ Date of Birth _____
日付 mm/dd/yyyy (お持ちの方は御記入下さい) 生年月日 mm/dd/yyyy

Name _____ Home Phone _____
Last Name 氏 First Name 名 Initial ミドルネーム 自宅電話番号

氏名(漢字) _____ Cell Phone _____
携帯電話

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
住所

Email _____ Sex: M F Status: Single Married Student
男性 女性 独身 既婚 学生

Employer _____ Business Phone _____
職場・学校(学生) 職場電話番号

Who should we thank for referring you? _____
大里クリニックをどのように知りましたか?

In case of emergency, who should we contact? _____ Phone _____
緊急連絡先 氏名 電話番号

Insurance Policy Holder Information

被保険者インフォメーション

* ご本人の場合は"患者との関係"の欄で Self にチェックして下さい。扶養家族でご加入の保険をお持ちの方は被保険者のインフォメーションをご記入下さい。

Person Responsible for Account _____
被保険者 氏名 Last Name 氏 First Name 名 Initial ミドルネーム

Relationship to Patient Self Spouse Child Other _____
患者様との関係 本人 配偶者 子供 その他(簡単にご説明下さい)

Date of Birth _____ Soc. Sec.# _____ Home Phone _____
生年月日 mm/dd/yyyy 自宅電話番号

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
住所

Employer _____ Business Phone _____

Business Address _____ Occupation _____

Assignment and Release

I hereby authorize payment directly to **Osato Medical Clinic, Inc.** of all insurance benefits otherwise payable to me for the services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges, whether or not paid by insurance, and for all services rendered on my behalf or my dependents.

I authorize the above doctor and/or any provider or supplier of services in this office to release the information required to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of Responsible Party _____ Date _____