

Patient Registration

E-Mail Address : _____ S.S.N. _____ - _____ - _____

Name (姓、名、あればミドルネーム): _____

Home Address (ご住所): _____

Home Phone (ご自宅): _____ Cell Phone (携帯電話): _____

Work Phone (職場): _____ Preferred Nickname (呼び名): _____

Date Of Birth (誕生日): _____ Age(年齢): _____

Single (未婚) _____ Married (既婚) _____ Separated (別居) _____ Divorced (離婚) _____

Occupation (職業) _____ Employer/Work Address: _____

In an emergency, who should we call? (緊急連絡先) _____

Phone # (緊急連絡番号) _____ How did you hear about us?(どこで当オフィスをお知りになりましたか?) _____

Preferred Pharmacy Name (ご利用の薬局の名前): _____

Pharmacy's Phone number(薬局の電話番号): _____

Pharmacy's Address or Cross Streets(住所かクロス・ストリート名): _____

<i>PRIMARY INSURANCE</i>		<i>SECONDARY INSURANCE (if applicable)</i>	
Guarantor		Guarantor	
Relation to Patient		Relation to Patient	
Address		Address	
Phone	Birthdate	Phone	Birthdate
Soc.Sec.#	Insurance tel	Soc.Sec. #	Insurance tel
Insurance Company		Insurance Company	
Group #	Subscriber #	Group #	Subscriber #

- I authorize the release of any information necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement on any claim.
- I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable to which I am entitled to the practice of Dr. Loraine Diego and associates.
- I understand that I am responsible for all copayments, deductibles, and non-covered services as determined by my insurance policy.

SIGNED _____

DATE _____

Loraine Diego, M.D.

1711 W. Temple St #7643
Los Angeles, CA 90026

Tel: 213-388-2229
Fax: 213-388-1507

****I acknowledge that I read/ understand the Notice of Privacy Practices.**

(私は、Privacy Practices の Notice を読んで/理解したものと認めます。)

(a copy is on website or in office)

Signature(署名) _____ Date(日付) _____

***Instructions for the Communication of Private Health Information**

(個人の健康情報の指示)

Print Patient Name: _____

How would you like us to contact you?

Please check off and fill in all the appropriate blanks:

(どの様な連絡方法がよろしいでしょうか?チェックマークを付けて、欄を埋めてください)

***To Confirm Appointment by Phone(電話での予約の確認方法)**

- () Home#(自宅) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Work#(職場) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Cell#(携帯) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Other#(その他) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()

***To Report Test Results(検査結果のお知らせ方法)**

- () Mail to(郵送): _____
() Fax to(ファックス): _____
() E-Mail to(電子メール): _____

(Please note: our email address is only to relay results and not to make appointments, contact doctor! Staff, health problems, etc.) (お知らせ:こちらから送る電子メールアドレスは検査結果をお知らせする為だけのものですので、予約や健康に関する質疑応答はメールでは行っておりませんので、あしからずご了承くださいませ)

Telephone:

- () Home#(自宅) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Work#(職場) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Cell#(携帯) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()
() Other#(その他) _____ 詳細を留守番電話に残す Yes() No()

Signature(署名) _____ Date(日付) _____

Loraine Diego, M.D.

1711 W. Temple St #7643
Los Angeles, CA 90026

Tel: 213-388-2229

Fax: 213-388-1507

MEDICAL HISTORY FORM

(問診票/出来るだけ英語表記でご記入お願いいたします)

Primary Doctor(主治医名): _____ Tel: _____ City/State: _____

Current&Past Medical Problems(現在と過去の健康問題 いつ?): _____

Past Surgeries/Hospitalizations(過去の手術・入院経験 いつ?): _____

Allergies(アレルギーについて 薬や食物・どのような反応): _____

Family Medical Problems(ご家族の健康問題・続柄と病名): _____

Menstual History: Age of 1st Period(初潮の年齢): _____ ;生理の期間(#days):約 _____ 日間

生理の量:Heavy(重め)/Light(軽め) Cramps(生理痛の有無):Yes / No

1st Day of Last Period(最終生理開始日、又は更年期に入った年齢): _____

Hysterectomy(子宮摘出経験):Yes(有り) / No(無し)

Pregnancy History: # Total Pregnancies(妊娠回数): _____ # Children born(出産回数): _____

Miscarriages(流産回数): _____ # Abortions(中絶回数): _____

Please list in order of your pregnancies(出産の情報を順番に書いてください)

Date(年)	Where(どこ)	M/V/C(分娩)	Sex(性別)	#wks(妊娠期)	BirthWt(kg)	合併症

When was last Pap Smear? (最後の子宮頸がん検診・いつどこで?): _____

Results(その検査結果): Negative(異常なし) / Positive(異常が見られた)→過去にも Positive の検査結果 有り / 無し

When was last Mammogram? (最後の乳がん検診・いつどこで?): _____

Results(その検査結果): Negative(異常なし) / Positive(異常が見られた)→過去にも Positive の検査結果 有り / 無し

Current & Past Birth Control(現在又は過去の避妊方法): _____

Do you smoke?(喫煙の有無と量): _____ Do you drink alcohol?(飲酒の有無と量): _____

Have you take any drugs?(薬物経験の有無): _____ Are you still a virgin?(現在処女である): Yes(はい) / No(いいえ)

Age you lost virginity(処女でなくなった年齢): _____ Sexually active now(性生活): Yes(有り) / No(無し)

How many sex partners in your life(今までの性交渉の人数): _____ Lesbian or Bisexual: Yes(はい) / No(いいえ)

Have you heard about Gardasil? (ガーダシルワクチンについてご存知ですか?): Yes(はい) / No(いいえ)

Do you want Dr Diego to explain to you? (説明をお聞きになりたいですか?): Yes(はい) / No(いいえ)