

Loraine Diego, MD

1711 W. Temple st, Suite7643., Los Angeles, CA 90026

Tel: 213-388-2229

(Located in Silverlake Medical Center 7<sup>th</sup> Floor)

Fax: 213-388-1507

**PATIENT REGISTRATON**

E-Mail: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Name(姓,名,あればミドルネーム): \_\_\_\_\_

Home Address(御住所): \_\_\_\_\_

City(市),State(州),Zip(郵便番号): \_\_\_\_\_

Home Phone(ご自宅): \_\_\_\_\_ Cell Phone(携帯電話): \_\_\_\_\_

Work Phone(職場): \_\_\_\_\_ Preferred Nickname(呼び名): \_\_\_\_\_

Birthday(誕生日): \_\_\_\_\_ Sex(性別):F(女) \_\_\_ M(男) \_\_\_ Age(年齢): \_\_\_\_\_

Single(未婚): \_\_\_ Married(既婚): \_\_\_ Separated(別居): \_\_\_ Divorced(離婚): \_\_\_

Occupation(職業): \_\_\_\_\_

Employer/Work Address(職場の住所): \_\_\_\_\_

In an emergency, who should we call?(緊急の場合の連絡者名/続柄): \_\_\_\_\_

Their Phone(その方の連絡先): \_\_\_\_\_

How did you hear of Dr Diego?(このクリニックを知ったきっかけは?): \_\_\_\_\_

<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 #

- ・私は、請求に対して支払いの義務を果たし、その際に必要な情報の公開も全て認可します。
- ・私は、請求された支払いが私の治療のための上であり、支払われるべき給付金は Dr Loraine Diego と連携する者に割り当てる権利があるものと理解しています。
- ・私は、自身の保険によって、負担金、免責とカバーされないサービスに対して全て責任がある事を理解しています。

**SIGNED(署名):** \_\_\_\_\_ **DATE(日付):** \_\_\_\_\_

**HIPAA NOTIFICATION: I acknowledge that I read/understand the Notice of Privacy Practices.**  
(私は HIPAA を読んで理解したものと認めます。)  
(a copy is on our website ウェブサイトにあります。)

Signature (署名) \_\_\_\_\_ Date: (日付) \_\_\_\_\_

**Instructions for the Communication of Private Health Information (PHI):**

(個人の健康情報の指示)

**How would you like us to contact you?**

**Please check off and fill in all the appropriate blanks:**

**(当院からの連絡方法についてお教えてください)**

1. ( ) Can we email / text you for future newsletters / events / promotions ?  
当院からのイベントのお知らせ/お得な情報/その他お知らせ等を送らせて頂いても良いでしょうか?
2. ( ) Can we use our program Curogram to text Appointment confirmations now?  
You can also Reschedule and Message our Office through Curogram.  
当院はキュログラムというシステムを使用してお予約の確認などを行っております。このシステムを使ってご連絡させて頂いても良いでしょうか?
3. If you do not want to use Curogram, how do you prefer we contact you?  
もし使用を希望されない場合はどの様にご連絡させて頂いたら良いでしょうか?

- ( ) Home: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Work: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Cell: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Email: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No

4. How do you prefer we report Test Results? (検査結果のお知らせ方法について)

- ( ) Mail to: \_\_\_\_\_  
( ) Fax to: \_\_\_\_\_  
( ) Email to: \_\_\_\_\_

**Or Telephone:**

- ( ) Home: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Work: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Cell: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No  
( ) Other: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message? ( ) Yes / ( ) No

Print Name: (氏名) \_\_\_\_\_ Date: (日付) \_\_\_\_\_

Signature: (署名) \_\_\_\_\_

Loraine Diego, MD

1711 W. Temple st, Suite 7643, Los Angeles, CA 90026

Tel: 213-388-2229

(Located in Silverlake Medical Center 7th Floor)

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)