

Loraine Diego, MD

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

Tel: 213-388-2229

Fax: 213-388-1507

Patient Registration

(英語表記でお書きください)

E-Mail: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Name(姓,名): _____

Home Address(ご住所): _____

City(市): _____ State(州): _____ Zip(郵便番号): _____

Home Phone(ご自宅): _____ Cell Phone(携帯番号): _____

Preferred Nickname(呼び名): _____ Date of Birth(誕生日): _____

Sex(性別): F(女性): _____ M(男性): _____ Age(年齢): _____

Single(未婚): ___ Married(既婚): ___ Separated(別居): ___ Divorced(離婚): ___

Occupation(職業): _____ Phone(職場): _____

Employer/Work Address(職場の住所): _____

In an emergency, who should we call?(緊急時の連絡者名/続柄): _____

Their Phone(その方の連絡先): _____

How did you hear of Dr. Diego, MD?(当院を知ったきっかけは?): _____

To help us provide you with the best health care possible, please fill out this form.

(より質の良い医療を提供させて頂くため、以下の質問にお答えください)

I would like to be called(呼び方): _____ My pronouns are(代名詞): _____

My sexual orientation is(性的思考): _____ My gender identity is(現在の姓): _____

- 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.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ご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)