

MIDTOWN HIFUKA (ミッドタウン皮膚科)

16 East 41st Street, 6th Floor New York, NY 10017 T:646-5903170 F:646-590-3203

Patient information 予診表

Date: ___ / ___ / ___

氏名 (英文) : _____ 生年月日 (D.O.B) 月 日 年 才
Last name First name

SSN (ソーシャルセキュリティ) : _____ 性別 Sex : 男 M 女 F 独身 既婚

Address : 自宅(Home) _____ City State Zip

Tel: _____ Cell _____ E-Mail _____ @

勤務先(Work place) _____ City State Zip

Tel: _____ Ext : _____ E-Mail _____ @

緊急時連絡者(Emergency contact)

1. 米国(USA) 氏名 Name _____ 患者との関係 Relationship _____

住所 Address _____ Tel: _____

2. 日本(Japan) 氏名 Name _____ 患者との関係 Relationship _____

住所 Address _____ Tel: _____

医療保険情報(Insurance information)

保険会社名(Insurance name) : _____ Policy # _____

契約者名(Subscriber name) : _____

Relationship (If not self) : _____ 契約期間(Period) : _____

I hereby authorize MIDTOWN HIFUKA to submit information to my insurance carrier concerning my condition and treatment. 私はミッドタウン皮膚科が私の契約する保険会社に私の疾病及びその治療に関する情報の記録を提供することを承認いたします。

I assign to the physician all payments for medical service rendered to myself or my dependants. 私は私および私の扶養家族に対する治療費を貴院に支払う義務があることを承知しております。

I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance, keeping track of my referrals and notifying this office of any changes in insurance coverage. 私は保険でカバーされない医療費分の責任を私が負うことを理解しております。また保険の契約内容に変更が生じた場合すみやかに貴院に報告いたします。

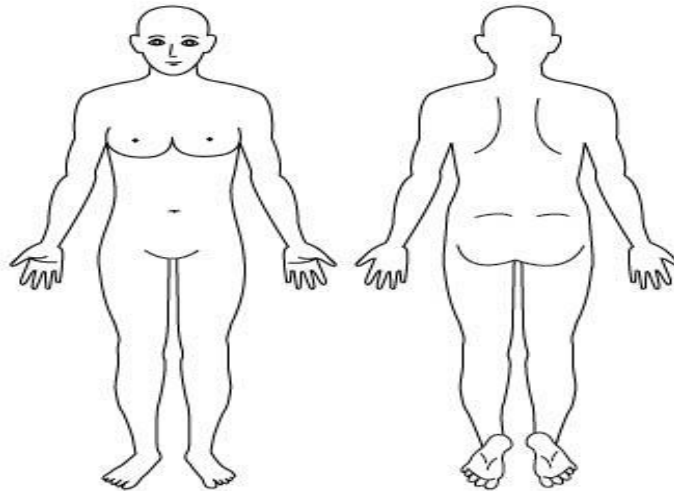
By writing my name below, I am indicating that this is a valid submission for my written signature and I am verifying that I have read and clearly understood above policy. 下記に署名することにより私は上記の内容を精読し理解しこの書類が法的に有効であることを認めます。

Signature of Patient _____ Date: _____

本日来院された症状についてお伺いいたします。

Could I ask your chief complaints of today's visit

1. 体のどの部位に症状があらわれましたか？ 下の人形図にマークしてください。
(Where are your lesions? Please indicate your lesions on the picture below)



2. いつ頃から始まりましたか？ _____
(When did the condition start?)
3. 当院に来院される前に治療されましたか？ はい Yes いいえ No
(Have you treated the skin lesions yourself or at another clinic before you came to our clinic ?)
4. 当院をどちらでお知りになりましたか？ (How did you hear about us?)
- 友人 NY Japion 当院 Web site Google Weekly Biz その他 Other ()
5. 本日来院された皮膚症状に関して特に聞いてみたいことがあればお書きください。
(Do you have any specific questions about your skin conditions?)
-

Patient health questionnaire

氏名 Name _____ 生年月日 D.O.B / / / 日付 Date: / / /

下記の疾患を患っている、または過去に患ったことがある。

Do you have , or have you ever had any of the following diseases or conditions? Please tick.

- 高血圧 Hypertension 糖尿病 Diabetes 脳卒中 Stroke 心臓病 heart disease ()
 ガン Cancer () 腎臓病 Kidney disease () 輸血 blood transfusion
 肝臓病 Liver disease () 結核 Tuberculosis その他 Other ()

家族歴 Family history

Do your family members have, or have they ever had any of the following diseases or conditions?
Please tick.

- 高血圧 Hypertension 糖尿病 Diabetes 脳卒中 Stroke 心臓病 heart disease ()
 ガン Cancer () 腎臓病 Kidney disease () 輸血 blood transfusion
 肝臓病 Liver disease () 結核 Tuberculosis その他 Other ()

手術 および 入院歴

(Have you ever had any surgical operation or hospitalization?)

- 有 Yes: (_____) 無 No

アレルギー歴 (Allergic history)

(Do you have any allergy?)

- 薬アレルギー (Allergy to any medication(s)?) 有 Yes () 無 NO
 局所麻酔 (Allergy to Local anesthesia) 有 Yes 無 NO

社会歴 (Social history)

- 喫煙 (Do you smoke?) 有 Yes (本/日) 無 NO
飲酒 (Do you drink alcohol?) 有 Yes (/週) 無 NO
麻薬(マリワナなど) (Do you use recreational drugs?) 有 Yes (/週) 無 NO

現在服用しているお薬、漢方、ビタミン、サプリメント

(Are you currently taking any medications including over the counter medications, vitamins, supplements or herbal medicines?)

有 Yes () 無 No

妊娠の予定、可能性 および 授乳について (女性のみ)

(Are you pregnant now or do you have any plan to become pregnant in the near future?)
(Are you nursing now?)

1. 現在妊娠している はい Yes いいえ No
(I am pregnant now)
2. 妊娠を計画している はい Yes いいえ No
(I am planning to become pregnant)
3. 現在授乳中である はい Yes いいえ No
(I am nursing now)

4. 前回の生理 年 月 日 から 年 月 日
(Last menstruation) From / / / to / / /

Signature of Patient

Date:
