

**Patient Information** 患者様の情報

Last Name (名字) _____ First Name (名前) _____ Middle Initial _____
Address (住所) _____
Date of Birth (生年月日) _____ SSN (ソーシャルセキュリティー番号) _____
Phone (電話番号) Home (自宅) _____ Cellular (携帯) _____
Employer/School (勤務先または学校) _____
E-Mail _____ Referred by (紹介先) _____

Account Information お支払いの責任者または保護者

Last Name (名字) _____ First Name (名前) _____ Middle Initial _____
Address (住所) _____
Date of Birth (生年月日) _____ SSN (ソーシャルセキュリティー番号) _____
Phone (電話番号) Home (自宅) _____ Cellular (携帯) _____
Employer/School (勤務先または学校) _____
E-Mail _____ Relationship to patient (患者様との関係) _____

Insurance Information 歯科保険**Primary Insured** (最初に使われる保険)

Carrier (保険会社) _____

Policy Holder _____

Is patient a member? Yes ☐ No ☐

Membership or ID # _____

Group or Plan # _____

SSN # _____ DOB _____

Secondary Insured (二つ保険をお持ちの場合)

Carrier (保険会社) _____

Policy Holder _____

Is patient a member? Yes ☐ No ☐

Membership or ID # _____

Group or Plan # _____

SSN # _____ DOB _____

Emergency Contact 緊急時の連絡先

Name _____ Phone (home) _____ (work) _____

Relationship (患者様との関係) _____

Authorization 同意書

I hereby grant permission to the attending dentist to perform all procedures and diagnostic tests which he/she deems necessary for the therapeutic treatment of lesions associated with the oral cavity. These accepted techniques might possibly include x-rays, the administration of medicines, anesthetics and dental surgical procedures. If patient is a minor, the parent or guardian must complete all forms before active treatment is initiated (please state the relationship to the child).

私は歯科治療にあたって、医師が必要であると判断した検査と診療を施すことに同意します。それにはレントゲン撮影や口腔外科手術、または薬や麻酔薬の使用も含まれます。患者様が未成年である場合は、診療を始める前に、保護者の方が全ての書類に記入していただきます。

Signature (署名) _____ Date _____