



患者様個人情報シート

お子様の情報

氏名 _____ 性別: 男 女 生年月日 _____
住所 _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
紹介者 _____
かかりつけの医師名 _____ 医師電話番号 (____) _____

保護者の情報

母親の氏名 _____ 自宅電話番号 (____) _____ 携帯 (____) _____
住所 (上記と異なる場合) _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
米国社会保障番号 _____ 生年月日 _____
Eメールアドレス _____
職業 _____ 会社電話番号 (____) _____
雇用者 _____
父親の氏名 _____ 自宅電話番号 (____) _____ 携帯 (____) _____
住所 (上記と異なる場合) _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
米国社会保障番号 _____ 生年月日 _____
職業 _____ 会社電話番号 (____) _____
雇用者 _____

緊急連絡情報 保護者以外で緊急時に保護者に連絡がつかない場合、連絡できる方を書いてください。

氏名 _____ 関係 _____
自宅電話番号 (____) _____ 会社電話番号 (____) _____

保険に関する情報

雇用者 _____
保険会社名 _____
電話 (____) _____ 保険加入番号 _____
保険補償範囲に限らずすべての歯科治療費を支払うことを承認します。
支払責任者署名 _____ 署名日付 _____

当院の方針 (下記の項目にイニシャルで署名してください。)

_____ 治療時に自己負担金と控除金額が支払い可能です。
_____ 治療後に被保険者のため保険費を請求します。
_____ 予約をキャンセルする場合は、少なくとも 24 時間前にお知らせください。
_____ 予約を守らなかったり、少なくとも 24 時間前にキャンセルしなかった場合には、当院はキャンセル料を請求する場合があります。