Osato Medical Clinic, Inc. 3440 Lomita blvd. Suite 320 Torrance, CA 90505 Tel 310.534.8200 Fax 310.534.8265
大里メディカル クリニック, Inc. 消化器・肝臓内科・一般内科・健康診断

Welcome!

Patient Information 患者インフォメーション

Date 日付 _____ mm/dd/yyyy Soc. Sec.# _____ (お持ちの方は御記入下さい) Date of Birth 生年月日 _____ mm/dd/yyyy

Name _____ Home Phone _____
Last Name 氏 First Name 名 Initial ミドルネーム 自宅電話番号

氏名(漢字) _____ Cell Phone 携帯電話 _____

Address 住所 _____ City _____ State____ Zip _____

Sex: ☐ M 男性 ☐ F 女性 ☐ Single 独身 ☐ Married 既婚 ☐ Student 学生

Employer 職場・学校(学生) _____ Business Phone 職場電話番号 _____

Who should we thank for referring you? 大里クリニックをどのように知りましたか？ _____

In case of emergency, who should we contact? 緊急連絡先 氏名 _____ Phone 電話番号 _____

Insurance Policy Holder Information 被保険者インフォメーション

＊ ご本人の場合は"患者との関係"の欄で Self にチェックして下さい。 扶養家族でご加入の保険をお持ちの方は被保険者のインフォメーションをご記入下さい。

Person Responsible for Account 被保険者 氏名 _____
Last Name 氏 First Name 名 Initial ミドルネーム

Relationship to Patient 患者様との関係 ☐ Self 本人 ☐ Spouse 配偶者 ☐ Child 子供 ☐ Other その他 (簡単にご説明下さい) _____

Date of Birth 生年月日 _____ mm/dd/yyyy Soc. Sec.# _____ Home Phone 自宅電話番号 _____

Address 住所 _____ City _____ State____ Zip _____

Employer _____ Business Phone _____

Business Address _____ Occupation_____

Assignment and Release

I hereby authorize payment directly to **Osato Medical Clinic, Inc.** of all insurance benefits otherwise payable to me for the services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges, whether or not paid by insurance, and for all services rendered on my behalf or my dependents.

I authorize the above doctor and/or any provider or supplier of services in this office to release the information required to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of Responsible Party _____ Date _____