



【所在地】 Tumon Bay Center Unit 106, 1051 Pale San Vitores Rd., Tumon, Guam 96913
 【郵送先】 Dr. Akio Oiso, dba Guam Travelers' Clinic 175 Koku Lane, Tamuning, Guam 96913
 TEL: (671)647-7771 • FAX: (671)647-7773
 office@guamclinic.com • www.guamclinic.com

PATIENT INFORMATION 外来診療申込書

記入日: DATE:	年 月 日		紹介者: REFERRED BY:	(もしあれば)	
患者氏名 NAME:	日本語表記	ローマ字表記/ 姓 (LAST NAME)	名 (FIRST NAME)		
誕生日 D.O.B.	年 月 日	年齢 AGE:	性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married
世帯主名 GUARANTOR:	<input type="checkbox"/> 同上 (same as above) 患者様が世帯主ご本人の場合チェックしてください。				
世帯主の勤務先名 EMPLOYER:					
自宅住所 ADD:	〒				
電話番号 TEL:					
E-Mail					

TRAVEL INFORMATION 渡航情報

渡航日程 ITINERARY	日本出発日 年 月 日 帰国予定日 年 月 日				
滞在ホテル名 HOTEL:				部屋番号 ROOM#	
現地旅行会社 AGENT:	<input type="checkbox"/> JTB <input type="checkbox"/> R&C	<input type="checkbox"/> HIS <input type="checkbox"/> 楽天	<input type="checkbox"/> 日本旅行 <input type="checkbox"/> 近ツリ	<input type="checkbox"/> JAL/バック <input type="checkbox"/> てるみくらぶ	<input type="checkbox"/> 個人手配 <input type="checkbox"/> その他
保険会社 COMPANY:	<input type="checkbox"/> 損保ジャパン日本興和 <input type="checkbox"/> JI: ジェイアイ	<input type="checkbox"/> 東京海上 <input type="checkbox"/> AIU	<input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> AU	<input type="checkbox"/> エイチエス損保 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> クレジットカード付帯保険

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS 個人情報の取り扱いおよび診療費の支払いについての承諾事項

I hereby authorize to release any information in the course of my treatment or examination to my insurance carrier.

I hereby authorize payment to Physician of Benefits due me for service rendered. I understand that I am responsible for charges not covered by this authorization.

Signature _____

診療申込書に記入された患者用の個人情報については、医師が診断した上で渡航期間の延長や車椅子のサポート等が必要な場合など、利用旅行会社等へ連絡することを同意します。

署名 _____

当クリニックでキャッシュレスでの受診ができない場合、現金もしくはクレジットカードによる支払いを承諾します。

尚、キャッシュレスサービス利用の場合、後日保険会社より利用不相当と判断された場合には支払責任を負うことに同意します。

署名 _____