Guam Travelers' Clinic
グアム旅行者クリニック

TEL: (671) 647-7771 • FAX: (671) 647-7773
office@guamclinic.com • www.guamclinic.com

外来診療申込書 PATIENT INFORMATION

記入日: DATE:	年 月 日					紹介者: REFERRED BY:	
患者氏名 NAME:	日本語表記		ローマ字標記 姓(LAST NAME)			名(FIRST NAME)	
誕生日: D.O.B.	年 月 日	年齢 AGE:		性別 SEX	□男 □女 □M □F	□独身 □既婚 □Single □Married	
世帯主名 GUARANTOR:	□ 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・勤務先名 EMPLOYER:							
自宅住所 〒 ADD:							
電話番号 TEL:							
E-Mail:							

旅行情報 TRAVEL INFORMATION

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:	□JTB(PMT) □PIH	□HIS □楽天	□日本旅行(NTA) □近ツリ(HTM)	□JALパック □	□個人手配	□その他
保険会社 COMPANY:	□損保ジャパン □JI: ジェイアイ	□東京海上 □AIU	□三井住友 □AU	□エイチエス損保 □その他( )	□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察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適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 _____