

EDGEWATER FAMILY CARE CENTER

PACIFIC MEDICAL ASSOCIATES, P.C.

725 RIVER RD. #202 EDGEWATER, NJ 07020

Tel: 201-943-4040 Fax: 201-941-4599

検診申込書 (定期健康診断・一般診療)

APPLICATION FORM (ANNUAL HEALTH EVALUATION・OFFICE VISIT)

	() New Patient, () Est. Patient	TODAY'S DATE / /
NAME :	(Last)	(First)
名前 :	(漢字)	SEX : () Male / () Female
生年月日 (DOB) :	/ /	SSN : - -
	月 日 年	
HOME ADDRESS :		
米国での住所		
	Tel:	Fax: Cel:
	E-mail address:	
ADDRESS IN JAPAN		
日本での連絡先		
	Tel:	Fax:
GURANTOR :	(Last)	(First) DOB
世帯主		
続柄 :	() Self, () Spouse, () Parent, () Child, () Others	
EMPLOYER:		
ADDRESS:		
	Tel:	Fax:
定期健康診断を受診の方へ		
EXAM DATE :	(1) / /	(2) / /
EXAM ITEM : Package :	A, B, C, D, E, F, () 会社御契約コース	
ADDITIONAL EXAM REQUEST:		
その他、特別希望検査項目があれば記載して下さい。		
一般外来の方へ/ Out-patient-visit		
検査の結果はどのような方法でお伝えしたらよいでしょうか? (希望するもの全てに✓)		
How can we report your result? (Please check all that apply.)		
<input type="checkbox"/> home phone	<input type="checkbox"/> work phone	<input type="checkbox"/> cell phone <input type="checkbox"/> mail
不在の場合、結果を留守電に残してもよいですか?		
Can we leave the result on the voice mail/answering machine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

EDGEWATER FAMILY CARE CENTER
Pacific Medical Associates, P.C.

725 River Road #202
Edgewater, NJ 07020
TEL 201-943-4040
FAX 201-941-4599

人間ドック 同意書

Edgewater Family Care Center 殿

私は、人間ドックの意義及びその限界を理解し、別紙の「同意書記入について」を熟読し、私が受ける事を希望した検査に関する検査方法、危険性、合併症などについて納得した上で、それぞれの検査を受ける事に同意致します。

年 月 日

住所 : _____

氏名 : _____

保証人 : _____

健診のお伺い（小児0～18歳用）

※ 必ず、ご両親のうち、どちらかがご記入ください。

お子様の氏名： _____ 生年月日： _____年 _____月 _____日生まれ

ご記入者氏名： _____ 続柄 _____

1) 現在治療中の病気がありますか？（該当する方に○をお付けください。）

ない

ある 病名： _____

薬： _____

2) 既往歴について（「ある」場合、詳しくご記入ください）

① 大きな病気： ない・ある _____

② 手術歴： ない・ある _____

③ 入院歴： ない・ある _____

3) 常用薬／サプリメント（あればご記入ください。）

4) アレルギーについて 「ある」場合、何に、どんな反応がありましたか？

（記入例：食べ物：かに — 湿疹）

① 薬： ない ・ ある（ _____ ）

② 食べ物： ない ・ ある（ _____ ）

③ 環境など： ない ・ ある（ _____ ）

5) 今日、特に相談したいことがあれば、ご記入ください。