

Kagawa Kampo Clinic
830 Stewart Dr #108, Sunnyvale, CA 94085
Phone: (408) 647-5439

賀川漢方クリニックへようこそ。私たちにできる最高のケアをさせていただくために、この用紙の質問項目にできるだけ正確に英語でお答えください。ここに書かれたすべての情報は機密事項として扱われます。

お名前: _____
First 名 Middle ミドルネーム Last 姓

ご住所: _____
Street City State Zip code

自宅電話: (____) _____ 勤務先電話: (____) _____

携帯電話: (____) _____ Eメール: _____

生年月日: ____ / ____ / ____ 年齢: ____ 出生地: _____
MM DD YY

結婚歴: 独身 既婚 他 性別: 女 男

ご職業: _____

緊急連絡先: _____
名前 続柄 電話番号

当クリニックをどちらでお知りになりましたか _____

健康保険はお持ちですか はい いいえ

Office Policy: (当クリニックの方針)

All fees for medical services are due at the time of visit unless arrangements have been made between Kagawa Kampo Clinic and your insurance company. I understand that I am fully responsible for my bill and that if attempts to collect payment from my insurance company/responsible party are not successful, I will remit the balance due in full upon notification. Please note that all published prices reflect a courtesy discount for cash patients.

おもちの健康保険の会社と当クリニックとの間で特別な契約がない限り、すべての医療サービスの料金は診療時にお支払いください。健康保険会社からの支払いが不十分であった場合、差額は患者様にお支払いいただきます。なお公開されている料金は現金払いの際の割引価格であることをご了承ください。

Cancellation Policy: (ご予約のキャンセルについて)

If you need to cancel an appointment, please give us a minimum of 24 hours notice. We assess a cancellation fee for less than 24 hour notification. ご予約をキャンセルなさる場合は24時間以上前に当クリニックまでご連絡ください。24時間前を過ぎてキャンセルをされますとキャンセル料を申し受けます。

- My signature authorizes the Kagawa Kampo Clinic to treat me (or the patient for whom I am legally responsible) with acupuncture and Chinese medicinal herbs within the scope of practice granted by the Medical Quality Assurance Board of the State of California and the California Acupuncture Committee. 以下の署名欄に署名することで、賀川漢方クリニックが鍼灸と漢方薬を用いてカリフォルニア州鍼灸評議会が認める範囲内の医療行為を私(または私が法的に責任を持つ個人)に行うことを許可します。
- I do not expect the practitioner to be able to anticipate and explain all risks and complications, and I wish to rely on the acupuncturist to exercise judgment during the course of the procedure, which the acupuncturist feels based upon the facts than known, is in my best interests. 私は賀川漢方クリニックの施術者が治療に伴うすべてのリスクと合併症を事前に説明できるとは期待していません。治療の過程で必要な認知がなされるかどうかについては施術者の判断にゆだねます。
- I intend this consent form to cover the entire course of treatment for my present condition and for any future condition(s) for which I seek treatment. 私はこの同意書が今回の治療と今後のすべての治療について有効であることを認めます。
- I authorize the release of any medical or other information necessary for insurance claim processing, and I understand that my individually identifiable medical information will be used only as necessary for purposes of treatment, payment, and other healthcare operations. 私は健康保険会社へのクレーム、治療上の必要、治療費の支払い、その他の治療に関連する行為が必要と考えられる場合で私の医療情報が開示されることを認めます。
- I have received the Kagawa Kampo Clinic Notice of Privacy Practices. 私は賀川漢方クリニックのプライバシー情報の取り扱いに関する告知を受取りました。

署名: _____ 日付: _____
(Patient, Parent or Guardian)患者またはその保護者