

患者登録書

今日の日付: _____ / _____ / _____

患者名(ローマ字): _____
(Last) (First)

生年月日: _____ / _____ / _____ 年齢: _____

自宅住所: _____ 州/ZIP: _____

連絡先: (_____) ☐ 携帯 ☐ 固定電話

Eメールアドレス: _____

ご紹介はどちらから? _____

勤務先名及び所在地: _____

_____ 勤務先電話番号: (_____)

支払い責任者名(患者様以外の場合):

名前(ローマ字): _____ 患者様との関係: _____

生年月日: _____ / _____ / _____

住所: _____ 州/ZIP: _____

勤務先名及び所在地: _____

_____ 勤務先電話番号: (_____)

緊急連絡先(同居の家族親族以外の方のお名前とご住所をお書きください。)

当院のオフィス・ポリシー: (同意のイニシャルをお願いします)

イニシャル

1. 私は正しい診断を受ける為、レントゲン写真、スタディモデル、写真、その他診断に必要とされる資料収集を担当医又はスタッフに委任します。 _____
2. 当院の診療は完全予約制です。このご予約は患者様の為だけ確保されている時間枠ですので、直前のキャンセルや無断キャンセルの場合に他の方にお譲りする事は大変困難です。従って24時間以内のキャンセルには\$75.00のキャンセル料が発生いたしますのでご了承下さい。 _____

(裏面もご記入下さい)

歯科保険情報

被保険者名:	グループ番号:
保険会社名:	メンバーID番号:
フリーダイヤル番号:	メンバー名:
勤務先:	メンバー生年月日:

米国歯科保険をお持ちの患者様へ

- 当院のサービスの一環として保険申請の代行を行っております。保険給付の概算を患者様の保険会社へ依頼する事ができますが、これはあくまでも概算でその通りに給付される保障はありません。給付金額は最終的にはお客様の保険契約内容に基づいて保険会社が定めます。当院ではできる限り正確な見積もりを入手するよう努力いたしますが、差額が生じる場合がありますのでご理解下さい。
- 当院で発生した治療費は保険の有無に関わらず全て患者様に支払い責任があります。医療機関/患者の関係は当院と患者様の間に成り立ちます。歯科保険は患者様と患者様の雇用者及び保険会社間での契約ですのでご理解下さい。
- 当院は最新最高の技術を用いて患者様の歯科治療に臨んでいます。治療費は周辺地域の一般相場に基き設定されています。患者様の保険会社が独自で定めた相場価格との間に差が生じた場合は、当院で発生した全治療費のご清算は患者様の責任となりますのでご了承下さい。
- 当院ではこの書類以外にもいろいろな書類に署名をお願いする場合があります。当書類にご署名いただくことにより、保険給付金を当院宛に発行する由、患者様の保険会社へ依頼します。
- 治療開始後、年間自費額(deductible)や自己負担額(co-insurance)をご請求致しますが、お支払いは現金、小切手及びクレジットカード(VISA/MasterCard, Discover)をご利用頂けます。
- 当院では保険申請を迅速に行いますので保険給付金は通常1ヶ月以内に支給されます。治療日から1ヶ月を超えても保険給付がない場合には、患者様から直接保険会社へ打診し保険申請書の処理状況や保険支給状況を確認して頂くようお願いする場合がございます。保険給付が却下された場合は治療費全額が患者様の自己負担となりますので、ご了承下さい。
- 当院は保険会社と協力し患者様に正当な保険支給が降りるよう最善の努力をいたします。但し患者様の保険契約内容及び保険処理方法に関し保険会社に抗議を申し立てることはできかねますので予めご了承下さい。
- 大切な歯の治療に当院をお選び頂き有難うございます。治療のみならず、保険、お支払い方法等、何かご質問がありましたら、ご遠慮なくお問い合わせ下さい。

上記を読み、全ての項目を理解しました。

* * * * *

医療データ開示承諾(HIPAA)

私は治療もしくは保険申請目的の為、リー・デンタルクリニックにて行った診察・治療に関する医療情報データ(レントゲン写真を含む)を必要に応じて保険会社及びその他の医療機関に提供することを許可します。当院で行った、又は行う予定の治療内容をリー・デンタルクリニックスタッフが私の家族あるいはグループ保険担当者(人事、総務担当者等)と話し合うことを許可します。

お支払い方法

大切な歯の治療に当院をお選び頂き有難うございます。当院では最新の技術で患者様の治療に専念するよう当初より心がけています。治療費は通常発生時にご清算頂きますようお願い致します。現金、小切手、又はVISA, MasterCard, Discover のクレジットカードでお支払い下さい。CareCredit医療費ローンのご相談もお受けしておりますのでお気軽にお申し出下さい。

同意

私は薬の処方を含め私の歯科治療に必要な全ての処置をリー・デンタルクリニックに委任します。又、治療の際の麻酔にはリスクがある事を理解しその使用に同意します。当院で発生した、私個人及び私の扶養家族の治療費に対する支払い責任は、保険の有無に関わらず私自身にある事も理解し同意します。未済残高に対する利子や債権取立業者の手数料が生じた場合はその金額が私の口座に加算されることも了解します。私がリー・デンタルクリニックを通じて外部ローン会社から資金を借り受ける際は、債権者の依頼に応じ、同院が私のクレジットレポートを入手する事を許可します。

患者様署名(保護者署名)_____

日付_____/_____/_____