SATO FAMILY DENTAL

FOR OFFICE USE ONLY
Chart # :

Patient Information

Patient Name : _____ Preferred : _____
患者名 Last （姓） First （名） 呼称

☐ Male （男性） ☐ Female （女性） ☐ Married ☐ Single ☐ Child ☐ Other _____

Social Security # : _____ Birth Date : ____ / ____ / ____
生年月日 M D YYYY

Phone (Home) :(____) _____ (Work) :(____) _____ Ext:_____ (Cell) :(____) _____
電話番号 自宅 職場 携帯

Address : _____
住所 Street Apartment#

_____ E-mail: _____
City State Zip Code

Health Information

・Have you ever had any of the following? Please check those that apply:
下記の症状または病気にかかったことがありますか？

☐ AIDS
☐ Allegies （アレルギー）
☐ Codeine Allergy （ｺﾃﾞｲﾝｱﾚﾙｷﾞｰ）
☐ Penicillin Allergy （ﾍﾟﾆｼﾘﾝｱﾚﾙｷﾞｰ）
☐ Anemia （貧血）
☐ Arthritis （関節炎）
☐ Artificial Joints （人工関節）
☐ Asthma （喘息）
☐ Blood Disease （血液病）
☐ Cancer （癌）
☐ Diabetes （糖尿病）
☐ Dizziness （目まい）
☐ Epilepsy （てんかん）
☐ Excessive Bleeding （出血多量）
☐ Fainting （失神）
☐ Glaucoma （緑内障）
☐ Growths （腫瘍）
☐ Hay Fever （花粉症）
☐ Head Injuries （頭部外傷）
☐ Heart Disease （心臓病）
☐ Heart Murmur （心雑音）
☐ Hepatitis （肝炎）
☐ Hight Blood Pressure （高血圧）
☐ Jaundice （黄疸）
☐ Kidney Disease （腎臓病）
☐ Liver Disease （肝臓病）
☐ Mental Disorders （精神障害）
☐ Nervous Disorders （神経障害）
☐ Pacemaker （ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ）
☐ Radiation Treatment （放射線治療）
☐ Currently Pregnant （妊娠中）
Due Date _____
☐ Respiratory Problems （呼吸器疾患）
☐ Rheumatic Fever （ﾘｳﾏﾁ熱）
☐ Rheumatism （ﾘｳﾏﾁ）
☐ Sinus Problems （蓄膿症）
☐ Stomach Problems （胃病）
☐ Stroke （脳梗塞）
☐ Tuberculosis （結核）
☐ Tumors （腫瘍）
☐ Ulcers （潰瘍）
☐ Venereal Disease （性病）
☐ Other
_____
_____

・Have you ever had any complications following dental treatment? Yes No
これまでに歯科の治療で合併症を起こしたことがありますか？
if yes, please explain: _____

・Have you been admitted to a hospital or needed emergency care during the past two years? Yes No
過去二年間で病院に入院したり緊急治療を受けたことがありますか？
if yes, please explain: _____

・Are you now under the care of physician? Yes No
現在病院にかかっていますか？
if yes, please explain: _____

・Name of physician: _____
医師の名前と連絡先

・Do you have any health problems that need further clarification? Yes No
当院が知っておくべき病歴は何かありますか？
if yes, please explain: _____

To the best of my knowledge, all of the preceding answers and information provided are true and correct.
If I ever have any change in my health, I will inform the doctors at the next appointment without fail.
ここに提供した情報に誤りはありません。また情報に変更があった際には、医院へ報告します。

_____ _____
Signature of patient, parent or guardian Date

Referral Information

Whom may we thank for referring you to our practice? どのようにして当院をお知りになりましたか？

☐ Friend : Name of person referring you to our practice :

☐ Family Member ☐ Yellow Pages/ Telephone Directory ☐ Lighthouse

☐ Sato Family Dental Website ☐ Vivinavi Other (_____)

SATO FAMILY DENTAL

Responsible Party Information (if other than patient)

支払責任者情報

Name : _____
名前 Last （姓） First （名）

Relationship to Patient : Parent Spouse Child Other _____
患者との続柄

Social Security # : _____ Birth Date : ____/____/____
生年月日 M D YYYY

Phone (Home) :(____) _____ (Work) :(____) _____ Ext:_____ (Cell) :(____) _____
電話番号 自宅 職場 携帯

Address : _____
住所 Street Apartment#

E-mail: _____

City State Zip Code

Dental Insurance Information

Primary Insurance

Insurance Co. : _____
保険会社名

Name of Subscriber: _____
保険筆頭者

Subscriber's Birth Date : _____
筆頭者の生年月日

ID# : _____ Group# : _____
ID番号 グループ番号

Subscriber's Employer Name : _____
筆頭者の勤務先

Relationship to Patient : Self Spouse
患者との続柄
Parent Child Other _____

Secondary Insurance

Insurance Co. : _____
保険会社名

Name of Subscriber: _____
保険筆頭者

Subscriber's Birth Date : _____
筆頭者の生年月日

ID# : _____ Group# : _____
ID番号 グループ番号

Subscriber's Employer Name : _____
筆頭者の勤務先

Relationship to Patient : Self Spouse
患者との続柄
Parent Child Other _____

Consent for Services

CERTIFICATION

To the best of my knowledge, the information provided on this form is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor in event that any information on this form is changed.
私の知りうる限りの正しい情報を提供しました。ここに提供した情報に変更があった際には医院へ報告する責任があることを理解します。

INSURANCE ASSIGNMENT AND RELEASE

I authorize Sato Family Dental to release any information including the diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me during the period of such dental care to third party payers and/or health practitioners.
I authorize and hereby request my insurance company to pay directly to the dentist insurance benefits otherwise payable to me. I understand that Sato Family Dental is Out of Network dentist, and my dental insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all services rendered on my behalf or on behalf of my dependents.
保険会社等に対し、Sato Family Dentalが私の治療にまつわる情報を提供することを認めます。保険会社からの支払は直接Sato Family Dentalに対して行われることに同意します。Sato Family DentalはOut of Networkであり、治療費よりも保険の支払が下回る可能性を理解し、また全ての支払責任は私にあることに同意します。

FINANCIAL AGREEMENT

I acknowledge that payment is due at the time of treatment, unless other arrangements are made. I accept full financial responsibility for all charges for services or items provided to me. I understand that filing a claim with my insurance does not relieve me from my responsibility for the payment of all charges.
他の支払同意を行わない限り、治療時に治療費を支払うことに同意します。治療に対する全ての支払責任は私にあることを承認します。
保険会社へ保険請求をすることにより、支払責任が回避されるわけではない旨を理解します。

I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content.
上記、治療と支払に対する条件に同意します。

_____ _____ _____
Signature of Patient, parent or guardian Date Relationship to Patient