

追加非常連絡先（オプション）

姓:	名:	ご本人との関係（具体的にご記入ください）:
自宅電話番号 :()	携帯電話番号 :()	保護された健康情報をこの個人に開示してもよいですか。 : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

雇用主情報

雇用者名:	雇用者電話番号: ()
雇用形態: <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 現役軍人 <input type="checkbox"/> 学生	

保険情報

(現在お持ちのすべての保険証をフロントデスクにご提示ください。)

私は保険に加入しています: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (自己負担)			
主保険者名:		2次保険者名:	
加入者名:	関係:	加入者名:	関係:
保険会社に通知した性別/ジェンダー COPCはあなたの性同一性を認めています。保険および請求のために、加入者は保険会社にどのような性別/ジェンダーで登録されていますか？ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		保険会社に通知した性別/ジェンダー COPCはあなたの性同一性を認めています。保険および請求のために、加入者は保険会社にどのような性別/ジェンダーで登録されていますか？ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日 (月/日/年):	社会保障番号:	生年月日 (月/日/年):	社会保障番号:

機密通信

(COPCからの機密通信を以下の方法で受け取ることを要求します。)

遠距離通信-患者の保護された健康情報についてのメッセージは、次のようにお残してください: 該当するものをすべて選択してください: <input type="checkbox"/> 自宅の電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に <input type="checkbox"/> 携帯自宅電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に <input type="checkbox"/> 職場の電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に 「手短に」の例: 予約時間/日 「詳細に」の例: 検査結果	郵便連絡-患者の保護された健康情報を以下のように郵送してください: 1つだけ選択してください: <input type="checkbox"/> 郵送先住所 <input type="checkbox"/> 実際の住所 <input type="checkbox"/> その他: _____ 住所 _____ 市 州 Zip
---	---

事前指示事項

遺言書はお持ちですか? (お持ちの場合は、コピーをフロントデスクにご提出ください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療に関する有効な委任状をお持ちですか? (お持ちの場合は、コピーをフロントデスクにご提出ください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
蘇生処置拒否指示をお持ちですか? (お持ちの場合は、コピーをフロントデスクにご提出ください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

どのように当院をお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 地域イベント <input type="checkbox"/> COPC ウェブサイト <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Health Plan ウェブサイト <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> オンライン・レビュー <input type="checkbox"/> 屋外広告・看板広告 <input type="checkbox"/> 印刷広告 <input type="checkbox"/> ラジオ広告 <input type="checkbox"/> テレビ広告 <input type="checkbox"/> COPC医師からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 _____
--

COPC専門患者のみ：プライマリケア提供者

プライマリケア提供者:	電話番号: ()
-------------	-----------