

今日の日付: _____

患者の登録

正しい保険申請のために、すべての項目を完成することが重要です。

患者名: _____ ニックネーム: _____ 生年月日: _____

住所: _____ City _____ State _____ Zip _____

家庭の電話: (____) _____ 予約の連絡のメールアドレス: _____

性: 男 女 人種: アメリカンインディアン/アラスカ先住民 アジア人 黒人/アフリカ系アメリカ人 スペイン系人
 ハワイ人/他の南太平洋島の住民 白人 報告を拒否 その他
民族: スペイン系人/ラテン民族 非-スペイン系人/ラテン民族 報告を拒否

好む言語: 英語 日本語 その他 (指定してください): _____

親/法的後見人#1 - 保証人

(請求書と支払いの責任者)

姓: _____ 名: _____ ミドルネームの頭文字: _____

子供との関係(適応の全てにチェック): 母 父 法的後見人 継母 継父

その他 (詳しく書いてください): _____

住所 (上記と異なる場合) _____

家の電話: (____) _____ セルフォン: (____) _____ 職場の電話: (____) _____

ソーシャルセキュリティ番号: _____ 生年月日: _____

雇用主: _____

親/法的後見人#2

姓: _____ 名: _____ ミドルネームの頭文字: _____

子供との関係(適応のすべてにチェック): 母 父 法的後見人 継母 継父

その他 (詳しく書いてください): _____

住所 (上記と異なる場合) _____

家の電話: (____) _____ セルフォン: (____) _____ 職場の電話: (____) _____

ソーシャルセキュリティ番号: _____ 生年月日: _____

雇用主: _____

緊急連絡先

姓: _____ 名: _____

人間関係 (詳細に): _____ 家の電話: (____) _____ セルフォン: (____) _____

この方に医療情報を開示してもよいですか? はい いいえ

あなたの家にメッセージを残してもよいですか:

他の家人に? はい いいえ 留守番電話に/録音に? はい いいえ

健康保険証のインフォメーション

健康保険証がありますか: はい いいえ (自己負担)

主要な保険証: _____ 二番目の保険証: _____

加入者: _____ 加入者: _____

人間関係: _____ 人間関係: _____

生年月日: _____ 生年月日: _____

ソーシャルセキュリティ番号: _____ ソーシャルセキュリティ番号: _____

患者のプライバシーの通知書

私は River's Edge Pediatrics, Inc. でのプライバシーの権利 (HIPAA) と医療情報の (PHI) の開示について概要の説明を受けました。

イニシャル
Initials: _____

写真による患者証明

オフィス内の患者の写真は、外部で使用されることはありません。写真は患者を証明する目的のみに使用されます。

イニシャル
Initials: _____

予約のキャンセル

24 時間以上前に予約のキャンセルをしなかった場合、特別な例外を除いて、25 ドルの支払いが請求されます。

イニシャル
Initials: _____

受診料

全ての業務は州と連邦の法律に従い確実に監視されています。医療提供者として、私達は外来患者さんに適切なサービスを提供するよう指示されています。会社と政府は、私達が提供するサービスの概要を示しています。それは、医療記録を記載すること、特殊なサービスに支払いを請求することです。外来時の請求は、非常に多くの項目を基本にしていることをご承知ください。それらは、問題の総数/疾患、診察、病気/疾患の重症度などです。料金は患者の訪問の性質によって異なります。そして、医師とスタッフのヘルスケアの必要に依って、要請されたサービスが基本となります。

私達は患者さんが受診した時に、自己負担額 (co-payment) を請求することができます。現金、個人のチェック、Visa/Master card と Discover card による支払いを認めます。受信日当日の終了時間までに、個人の負担額を受け取らなかった場合、手数料 10 ドルがあなたの請求書に加算されます。チェックが返却された場合は、25 ドルの料金が上乗せされます。

全ての請求の額は、明細書の日付より 30 日以内に支払うべきです。30 日以上未支払いの請求書は、問題となる場合があります。60 日以上経った請求書は、さらに加算されます。もし、請求書の支払いが困難であれば、お互いに条件を設定するように手助けをすることができます。

保険

多くの方々は、お子さんの医療ケアの保険を持っています。あなたの保険は、“あなた”と“雇用主”と保険会社間での契約です。私達は“あなた”の側であることを覚えておいてください! 毎回の受診時に保険証を持参してください。これはあなたの責任です。請求は保険会社の便宜上明細化されます。あなたのお子さんの受診と処置の請求を、保険会社が適切に行います。もしあなたの保険プランが、私達が参加している保険でない場合、全額の支払いを受診時にお願いします。あなたの医療明細書の写しを用意しますので、あなたの保険会社に提出してください。その後、保険会社から受診料を受けとることができます。

外来患者の手続きにおいて、あなたの保険会社の要件を前もって明確にしておく必要があるでしょう。医院で行われた検査 (敏速連鎖球菌テスト、検尿など) は、精密な検査を要するので外部の検査機関に送られます。その機関から別に請求書が送られてきます。私達の医院の全ての検体は、Nationwide Children's Hospital に送られます。もし違う施設の検査機関に送りたい場合は、受診の度に、医師に話してください。

私は上記の受診料と保険について理解したことを認めます。

親/法的後見人名前

親/法的後見人サイン

日付

患者の病歴
Patient Medical History Form

患者氏名
Patient Name

生年月日
Date of Birth

適用する個所は○で囲む
Please circle where appropriate and clarify as needed

妊娠および出生歴

Pregnancy and Birth History

妊娠時の母親の年齢

Mother's age as Pregnancy

妊娠時の病気の有無? Y N

Any illness during Pregnancy? Y N

妊娠時の薬の服用(ビタミン剤、鉄剤は除く)

Any Medication during Pregnancy? (exclude vitamins & Irons)

喫煙/アルコール/妊娠中の麻薬の服用

Smoking / Alcohol / Street Drugs during Pregnancy?

出産の時期 早産/遅産/予定日出産(在胎期間 週)

Was your baby early / late / on time? (Weeks of Gestation)

出生時の体重

Birth Weight

分娩は 正常分娩/帝王切開/自発分娩/誘発分娩

Was the Delivery vaginal / C-section / spontaneous / Induced

アプガー指数

Apgar Score

分娩時の合併症やまたは分娩直後に新生児に異常がありましたか?

Any Complications of Delivery or problems with infant at time of Delivery or shortly thereafter?

子どもの既往歴

Child's Past Medical History

薬物アレルギー

Medications Allergies

環境アレルギー

Environmental Allergies

日常飲んでいる薬

Medications taken on a regular basis

予防注射をしていますか? Y N

Immunizations up to date? Y N

その記録はありますか? Y N

Do you have a record? Y N

救急室での治療または入院(どこ/いつ/なぜ)

ER visits or Hospitalizations (where/when/why)

成長発達/行動/感情/学校/の問題は?

Development / Behavioral / Emotional / School / Issues?

今までにかかった病気について(○で囲む) Past History of any of the following: (Please circle)

はしか/おたふく風邪/風疹(三日ばしか)

Measles / Mumps

/ Rubella (German or 3-day measles)

/水ぼうそう/百日咳

/ Chicken Pox / Whooping Cough

/結核

/ Tuberculosis

/リウマチ熱 / しょう紅熱 / 再発性の耳の炎症 / 再発性喉頭炎

/ Rheumatic Fever / Scarlet Fever

/ Recurrent Ear Infections

/ Recurrent Throat Infections

/ 大気過敏症または喘息

/ Reactive Airway Disease or Asthma

/ 湿疹

/ Eczema

/ 貧血

/ Anemia

/ 出血傾向

/ Bleeding Tendency

/ てんかん/肝炎

/ Seizures / Hepatitis

/ 聴力障害

/ Problems with hearing

/ 視力障害

/ Problems with Vision

その他

Other

家族歴:子どもの血族者すべてに関する病気や症状を○で囲む。

Family History: Please circle the conditional and list all blood relatives of your child who have had the following problems.

エイズ/免疫不全

Aids / Immune Deficiency

/ 貧血

/ Anemia

/ 血液異常

/ Blood Disorder

てんかん/発作

Epilepsy / Seizures

喘息 / のう胞性繊維症

Asthma / Cystic Fibrosis

/ 結核

/ Tuberculosis

片頭痛

Migraine

心疾患 / 高血圧

Heart Disease / High Blood Pressure

/ 高コレステロール血症

/ High Cholesterol

癌(種類)

Cancer (type)

糖尿病

Diabetes

先天性欠損症/新生児突然死/知能障害

Birth Defects / Sudden Infant Death / Mental Retardation

アルコール/薬物障害

Alcohol / Drug Problem

早期聴覚障害/関節炎/筋萎縮症

Early Deafness / Arthritis / Muscular Dystrophy

兄弟姉妹:(名前と生年月日)

Siblings:(Name(s) and Dates(s) of Birth)

この記録を書いた人の署名

Signature of person filling out this form

日付け

Date

River's Edge Pediatrics, Inc.

General Office Information

Updated 5/2018

Website: www.repkids.net

Like Us on Facebook!

Phone Schedule

Our phones are answered from 8:30am-4:45pm except for our lunch period of 12:00noon – 1:00pm. If you need to speak with the billing department, request a prescription refill, or request an insurance referral, please listen to the recorded message and follow the prompts.

Walk-in Hours

No appointment necessary! Acute sick visits only. These hours are available:

Dublin office - M – F 8a.m. to 9a.m.

Westerville office - M,T,W,F 8a.m. to 9a.m.

After Hour Phone Calls

We are here for you! If your child has an urgent medical problem after hours, follow the prompts and leave a message for the doctor on call.

Insurance

Please be sure you bring your current insurance card with you to each visit. It is important that you understand what your insurance may and may not cover. We encourage you to review your plan's benefits and coverage.

Missed Appointments

Patient will be charged a fee if an appointment is missed. We consider an appointment missed if you do not cancel at least 24 hours in advance of your scheduled appointment time.

Nurse Triage

All of our clinical personnel have extensive training in answering questions regarding the care of pediatric patients. They can also provide to the physician any information you have to share, any requests for medication refills and clarification of any other situation. Any medical advice given is reviewed by the physician. All messages left on the nurse line are answered on the same day that they are received.

Receptionists

The receptionist can schedule, reschedule and cancel appointments. They cannot provide medical advice or answer medical questions. If you feel you have an urgent matter, the receptionist will have you speak with a nurse or physician immediately.

Shot Only Appointments

Patients receiving allergy injections or the Gardasil vaccine are required to remain at the office for 20 minutes after the injection is given and must be evaluated by a clinical staff member before leaving the office.