

**PATIENT REGISTRATION FORM**

**\*OFFICE USE ONLY\***

**MR #:** \_\_\_\_\_

日期 (DATE): \_\_\_\_\_

姓 (LAST NAME): \_\_\_\_\_ 名字 (FIRST NAME): \_\_\_\_\_

地址 (ADDRESS): \_\_\_\_\_ 公寓號碼 (APT): \_\_\_\_\_

城市 (CITY): \_\_\_\_\_ 州 (STATE): \_\_\_\_\_ 郵區號碼 (ZIP CODE): \_\_\_\_\_

出生日期 (DATE OF BIRTH): \_\_\_\_\_  男性 MALE  女性 FEMALE

社會安全號碼 (SOCIAL SECURITY #): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話 (TELEPHONE #): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

手機 (CELL PHONE #): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

檢查種類 (TYPE OF EXAM): \_\_\_\_\_

檢查原因 (REASON FOR EXAM): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***INSURANCE INFORMATION**\*\*\*\*\*

主要保險公司 (INSURANCE TYPE): \_\_\_\_\_ 保險卡號 (MEMBER ID): \_\_\_\_\_

次要保險公司 (SECONDARY): \_\_\_\_\_ 保險卡號 (MEMBER ID): \_\_\_\_\_

主要持卡人 (PRIMARY HOLDER): \_\_\_\_\_ 主要持卡人出生日期 (DATE OF BIRTH): \_\_\_\_\_

自己 SELF /  配偶 SPOUSE /  家長 PARENT /  其他 OTHER

*If different than the patient, please complete the following:*

主要持卡人姓名 (POLICY HOLDER'S NAME): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***EMERGENCY INFORMATION**\*\*\*\*\*

**In case of emergency, please notify:**

緊急聯絡人姓名 (NAME): \_\_\_\_\_

與病人的關係 (RELATIONSHIP): \_\_\_\_\_

聯絡電話 (TELEPHONE #): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PATIENT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_