

신규 환자 접수 양식

모든 정보는 비밀이 보장됩니다. 뒷 면을 포함한 모든 항목을 영어로 작성하여 주십시오.

환자 개인정보		오늘 날짜: ____ / ____ / ____	
성, 이름, 중간이름, 이니셜:			
생년월일:		소셜시큐리티번호: 연령:	
출생 시 성별: ☐ 남 ☐ 여		성 정체성: ☐ 출생시와 동일 ☐ 성전환 후 남성 ☐ 성전환 후 여성 ☐ 기타 ☐ 공개거부	
성적취향: ☐ 이성애자 ☐ 동성애자 ☐ 양성애자 ☐ 기타 ☐ 모른다 ☐ 공개거부			
혼인여부: ☐ 미혼 ☐ 동거 ☐ 혼인 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 사별			
미군복무여부: ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 공개거부		장애: ☐ 예 ☐ 아니오	
주소:			
시:		주: 우편번호 :	
가족수(본인 포함):		가정 총 월 수입: \$	
주거 유형: ☐ 소유/렌트 ☐ 친구집에 기거 ☐ 임시 ☐ 노숙 ☐ 기타:			
선호하는 연락방법: 귀하의 건강에 관해 연락을 취할 수 있는 모든 방법을 알려 주십시오.			
☐ 집전화:		☐ 휴대전화:	
☐ 이메일:			
☐ 본인의 건강 관련 내용을 문자나 이메일로 받고싶지 않다.			
인종: 해당되는 사항에 체크해 주십시오.(연방정부의 요구사항)			
☐ 한국 ☐ 백인 ☐ 흑인/아프리카 ☐ 벵갈리 ☐ 태국 ☐ 인도 ☐ 중국 ☐ 필리핀 ☐ 일본 ☐ 베트남 ☐ 그 외 아시안 ☐ 하와이 원주민 ☐ 그 외 태평양 섬주민 ☐ 괌주민 ☐ 사모아인 ☐ 인디안 또는 알래스칸 ☐ 기타:			
민족: (연방정부의 요구사항)			
☐ 비 히스패닉/ 라티노 ☐ 멕시코 ☐ 멕시코계 미국인(미국에서 출생) ☐ 푸에르토인 ☐ 쿠바인 ☐ 그 외 히스패닉 ☐ 공개거부			

선호하는 언어	통역서비스가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
☐ 영어 ☐ 한국어 ☐ 스페니쉬 ☐ 벵골어 ☐ 광둥어 ☐ 중국어 ☐ 힌디어 ☐ 우르두어 ☐ 태국어 ☐ 타갈로그 ☐ 기타:	

비상 연락처	
이름:	관계:
전화번호: 낮	전화번호: 밤
비상 연락처에 기재된 이가 귀하를 대신해 귀하의 의료기록을 가져갈 수 있도록 허락하십니까?: ☐ 예 ☐ 아니오	

사전 의료 지시서	사전 의료 지시서(Advance Directive Form)를 받고 싶으십니까?: ☐ 예 ☐ 아니오
*사전의료지시서란 본인이 많이 아프거나 의식이 없어서 스스로 의료결정을 내리지 못할 때 본인을 대신하여 의료 결정을 내려줄 수 있는 사람/지시를 미리 지정할 수 있는 양식을 말합니다. “예”를 선택하시면 사전의료지시서를 드리며 해당양식을 작성하시어 다음 방문에 가져오시면 되고 “아니오”를 선택하시면 사전의료지시서 거부양식에 서명해 주시면 됩니다.	

선호하는 약국	
약국이름:	전화번호:
주소:	우편번호:

진료 동의서

이 동의서는 18세 이상 성인, 또는 18세 이하로 부모나 법적 보호자와 함께 거주하는 미성년 또는 법적으로 친권 독립한 미성년 환자를 위한 것입니다. 본인은 이웃케어클리닉에서 진단 및 치료를 받기위한 목적으로 본 클리닉의 자격면허 소지 의사에게 본인 또는 본인의 미성년 자녀의 건강상태와 관련된 각종 치료와 검사, 진단에 필요한 전문 검사를 행하도록 권한을 부여합니다. 본인은 본인의 의료기록에 대해 비밀이 유지될 것을 알고 있습니다. 하지만 경우에 따라 진료행위와 법률이 허용하는 범위에서 본인의 정보가 본 클리닉과 관계된 의료기관과 공유될수 있도록 허락합니다.

성인

본인은 18세 이상 성인입니다. (혹은 친권 독립한 미성년자 입니다.).

성	이름	(중간이름 이니셜)
생년월일: ____ (월) ____ (일) ____ (년도)		
서명: _____	날짜: ____ (월) ____ (일) ____ (년도)	

미성년자

나는 아래 미성년자의 부모 혹은 법적보호자 입니다:

미성년자 이름 (성)	이름	(중간이름 이니셜)
생년월일: ____ (월) ____ (일) ____ (년도)		
어머니 이름:	아버지 이름:	
전화번호:	전화번호:	
서명: _____	날짜: ____ (월) ____ (일) ____ (년도)	

본인은 나의 미성년 자녀가 내가 없을 경우에도 진료를 받을수 있도록 허락합니다. ☐ 예 ☐ 아니오

예라고 대답한 경우 간병인의 승인 진술서를 작성하십시오.