



Kazue Tsukikawa, M.D.  
 1441 Kapiolani Blvd.#1730  
 Honolulu, HI 96814  
 (808) 941-7770

**CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION**

DATE \_\_\_\_\_

NAME 氏名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
LAST 姓名 FIRST 名前 Middle ミドルネーム

BIRTHDAY 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_  
mm dd yyyy

ADDRESS 住所 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
STREET APT# CITY STATE ZIP CODE

PHONE 電話番号 HOME: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ CELL: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ WORK: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-MAIL ADDRESS \_\_\_\_\_ EMPLOYER/SCHOOL 勤務先/学校名 \_\_\_\_\_

SEX 性別【M 男 / F 女】 ETHNICITY 民族【Hispanic or Lation ヒスパニック・ラテン系 / Not Hispanic or Latin 非ヒスパニック・ラテン系】  
 MARITAL STATUS 結婚【S 独身 / M 既婚 / D 離婚 / W 死別】 LANGUAGE 言語【English 英語 / Japanese 日本語 / Other その他】

**EMERGENCY CONTACT 緊急連絡先** ※必ずご記入ください

Hawaii【NAME 氏名: \_\_\_\_\_ TELEPHONE# \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP 関係: \_\_\_\_\_】  
 Japan 【NAME 氏名: \_\_\_\_\_ TELEPHONE# \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP 関係: \_\_\_\_\_】  
 【Address 日本の住所 \_\_\_\_\_】

**FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY 支払責任者** ※未成年者などで、上記患者様と異なる場合

【NAME 氏名: \_\_\_\_\_ ADDRESS 住所: \_\_\_\_\_】  
 【PHONE 電話番号: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP 関係: \_\_\_\_\_】

**INSURANCE INFORMATION 保険情報** ※被保険者 (SUBSCRIBER) がご本人以外の方は、必ず下記赤字の箇所をご記入ください。

**PRIMARY INSURANCE 主保険会社名**

Subscriber Name 被保険者名 \_\_\_\_\_ Subscriber's DOB 被保険者の生年月日 \_\_\_\_\_  
 Relationship 被保険者との関係 \_\_\_\_\_ Subscriber's Employer 被保険者の勤務先 \_\_\_\_\_  
 Policy# 保険証番号 \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ Cov Code \_\_\_\_\_

**SECONDARY INSURANCE 主保険会社名**

Subscriber Name 被保険者名 \_\_\_\_\_ Subscriber's DOB 被保険者の生年月日 \_\_\_\_\_  
 Relationship 被保険者との関係 \_\_\_\_\_ Subscriber's Employer 被保険者の勤務先 \_\_\_\_\_  
 Policy# 保険証番号 \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ Cov Code \_\_\_\_\_

**OTHER INSURANCE 主保険会社名**

Subscriber Name 被保険者名 \_\_\_\_\_ Subscriber's DOB 被保険者の生年月日 \_\_\_\_\_  
 Relationship 被保険者との関係 \_\_\_\_\_ Subscriber's Employer 被保険者の勤務先 \_\_\_\_\_  
 Policy# 保険証番号 \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ Cov Code \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION 医療情報開示の承諾**

(患者様のご家族など、ご本人以外の方に電話などで病状の説明を希望する場合、こちらにご記入ください。)

[NAME 氏名: \_\_\_\_\_ TELEPHONE#: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP 関係: \_\_\_\_\_]

[NAME 氏名: \_\_\_\_\_ TELEPHONE#: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP 関係: \_\_\_\_\_]

**APPOINTMENT NOTICE/ CANCELLATION/ RESCHEDULE 予約変更/キャンセル**

Office appointments are limited therefore in consideration to other patients. If you are unable to keep your appointment, please notify our office as soon as possible. A **\$25.00** late cancellation fee will be billed if you do not provide us with a 24 hour notice for your cancellation/ reschedule or if you fail to show up for your appointment.

There will also be a **\$50.00** service charge on all checks returned from your bank due to insufficient funds.

他の患者様のためにも、ご予約された時間の都合がつかなくなった場合は至急ご連絡ください。もし、24 時間以内にキャンセル/予約変更される場合、または、連絡なく予約時間にお越しいただけなかった場合は**\$25.00**をチャージさせていただきます。

チェックでお支払いの場合、残高不足などにより銀行からチェックが戻された場合、**\$50.00**の手数料をチャージさせていただきます。

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS 承諾書**

I authorize the release of any medical information necessary to process this claim.

I hereby authorize Dr. Tsukikawa to apply benefits on my behalf for covered services rendered by her, or her order.

I request that payment from my insurance company be made directly to Dr. Tsukikawa.

I certify that the information I have reported in regards to my insurance coverage is correct.

I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. This authorization may be revoked by me at any time in writing.

**I AGREE WITH THE SERVICES RENDERED AND WILL BE HELD RESPONSIBLE FOR ANY COST OF SERVICES THAT ARE NOT COVERED BY MY INSURANCE.**

私は、保険請求のために必要となるすべての診察及び治療記録を保険会社またはその代表者に提供することを承諾します。

私は、保険会社から医療報酬が直接 Dr. Tsukikawa に支払われることを承諾します。

私は、受けた医療行為に対して保険でカバーされない費用について自己負担することに同意します。

DATE: \_\_\_\_\_ SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Revised on 09/15/2016



**Kazue Tsukikawa, M.D. LLC**

Kazue Tsukikawa, M.D.  
1441 Kapiolani Blvd., Suite 1730  
Honolulu, Hawaii 96814  
Phone: (808) 941-7770 / Fax: (808) 941-7779

**Acknowledgement of Receipt of Notice of Uses and Disclosures of Protected Health Information for Kazue Tsukikawa, M.D. (Kazue Tsukikawa M.D., LLC)**

I was given a copy of Notices of Uses and Disclosures of Protected Health Information (The “Notice”) that is posted in your office. I hereby acknowledge that I received this Notice from Kazue Tsukikawa, M.D. ( Kazue Tsukikawa M.D., LLC)

\_\_\_\_\_  
Print Patient's Name

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Legal Guardian's Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date

## 病歴に関する質問/ Medical History

患者様の今までの病歴に関してお伺いします。

Mr. Mrs.  
Ms. Dr.

お名前

Name: \_\_\_\_\_  
Last First MI

生年月日

Date of Birth : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月(MM) 日(DD) 年(YYYY)

**1. 病歴：以下の病歴、または症状がありますか？**

**1. GENERAL HEALTH HISTORY: Please indicate if you have ever experienced any of the following:**

	Y	N		Y	N
高血圧 / High Blood Pressure			甲状腺異常 / Thyroid Disease		
糖尿病 / Diabetes			がん / Cancer		
心臓病/ Heart Disease			発疹、皮膚がん/A Rash ,Skin Cancer		
頭痛/ Headaches			出血傾向/ Bleeding tendency		
貧血/ Anemia			自己免疫不全/ Autoimmune disorder		
高コレステロール、高脂血症/ Hypercholesterol/ Hyperlipidema			耳が遠い、うまく飲み込めない/ Hard of hearing, Cannot swallow well		
脳梗塞、体に力が入らない/ Cerebral infarction, weakness			胃潰瘍、胃食道逆流症/ Gastric ulcer, Gastroesophageal Reflux Disease		
微熱、急激な体重の減少 A slight fever, sudden weight loss			前立腺疾患、排尿困難/ Prostatic Disease, Difficulty of Urination		
喘息、気管支拡張症、結核/ Asthma, Bronchiectasis, Tuberculosis			リュウマチ、関節の痛み/ Rheumatism, Pain of the joint		

その他

Other: \_\_\_\_\_

**2. 手術歴：過去に手術を受けたことがありますか？**

**2. SURGICAL HISTORY: Please list all surgical procedures that you have had:**

	日付/DATE	種類/ TYPE OF SURGERY	合併症/ COMPLICATIONS
1			
2			
3			
4			
5			



6. 女性の方のみお答えください 6. REPRODUCTIVE SYSTEM : for female only

月経について MENSTRUAL HISTORY

初潮の年齢 How old were you when your period began?	才		
生理は正常ですか？ Are they regular?	Y · N		
月経周期 What is the usual interval between the start of one period and the start of the next?			
月経に期間 How many days do you period last?			
月経時の出血の量は The flow is ...	少 Light	普通 Moderate	多 Heavy
不正出血などはありますか Do you have bleeding between your periods?	Y · N		
生理痛はありますか？ Do you have cramps?	Y · N		
Yesの方：毎回ですか？ If YES, every cycle?	Y · N		
生理痛の痛み止めを服用されていますか？ Do you take any medications for pain relief?	Y · N		
Yesの方：薬の名前 If YES: Medication list			
月経中、不機嫌や憂鬱になったりしますか？ Do you get moody, depressed or bloated?	Y · N		
最終月経が始まったのはいつですか？ When was the first day of your last period?			

妊娠について

**PREGNANCY HISTORY: Please list ALL pregnancies, specifying. Under outcome whether live-birth, stillborn, ectopic, miscarriage or abortion.**

妊娠した年 Pregnancy Year	詳細 OUTCOME					妊娠した期間 Pregnancy Length
	生児出産 Alive	死産 Stillbirth	子宮外妊娠 Ectopic pregnancy	流産 Miscarriage	中絶 Abortion	
	生児出産 Alive	死産 Stillbirth	子宮外妊娠 Ectopic pregnancy	流産 Miscarriage	中絶 Abortion	
	生児出産 Alive	死産 Stillbirth	子宮外妊娠 Ectopic pregnancy	流産 Miscarriage	中絶 Abortion	
	生児出産 Alive	死産 Stillbirth	子宮外妊娠 Ectopic pregnancy	流産 Miscarriage	中絶 Abortion	
	生児出産 Alive	死産 Stillbirth	子宮外妊娠 Ectopic pregnancy	流産 Miscarriage	中絶 Abortion	