

Patient Registration Information 病人資料登錄

Patient Information 病人資料

Referred by 介绍人/医师: _____

Last Name 姓		First Name 名		Middle Name 中间名	
Sex: 性别 [] Male 男 [] Female 女		Marital Status 婚姻狀態: [] Single 单身 [] Married 已婚 [] Divorced 离婚 [] Widowed 寡夫婦		Date of Birth 出生年月日:	
Home Address 住址				Apt. # 公寓号码:	
City 城市	State 州	Zip Code 郵遞區號	Home Phone 電話:	Cell Phone 行動電話:	
Social Security # 社安号码:		Driver's License # 驾照号码	Occupation 职业:	Work Phone 工作电话:	
Employer 雇主:					
Email Address 电子邮箱:					
Emergency Contact (Name and Address) 紧急聯絡人員姓名:			Relationship to Patient 病人关系	Phone # 電話:	

Spouse/Guardian Responsible for Payment

Relationship to Patient 病人关系

财务负责人: 配偶或监护人 [] Spouse 配偶 [] Parent 父母亲 [] Employer 雇主 [] Other 其他 _____

Last Name 姓		First Name 名		Middle Name 中间名	
Home Address 住址:				Date of Birth 出生年月日:	
Social Security # 社安号码:		Driver's License # 驾照号码:	Home Phone 電話:	Cell Phone 行動電話:	
Employer 雇主:			Occupation 职业:	Work Phone 工作电话:	
Employer's Address 工作地址:					

Primary Care Physician 家庭医师资料

*****Pharmacy** 药房

Name 姓名	Name 姓名
Address 地址	Address 地址
Phone Number 公司电话	Phone Number 公司电话
Fax Number 传真电话	Fax Number 传真电话