

OFFICE POLICIES オフィスポリシー

当院をお選びいただきましてありがとうございます。当院では、皆様にご満足頂くべく、豊富な経験による質の高い治療を志しております。

INSURANCE INFORMATION 保険について

ご加入の保険会社へは当院より保険支払請求をお出しし、皆様が、保険を最大限にご利用できるようにお手伝いいたします。保険請求に関して、当院ではできるだけのことをいたしますが、保険会社からの支払いに関しては、当院では、保障はできません。しかしながら、保険会社からの請求がある場合は、必要書類などはいつでもお出しいたします。

私（患者）は、保険金が保険会社より歯科医院へ直接支払われることを了承いたします。

ACKNOWLEDEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES 個人情報保護について

皆様の個人情報の保護は、当院にとっても重要なことです。当院では、プライバシー保護法（HIPAA act）ののっとり管理しております。また、将来法律が改正または、修正された場合には、皆様にご連絡いたします。

個人情報保護に関する書類は必要な方は、お申し出ください。

私（患者）は、この歯科医院の個人情報保護に関する書類を受け取りました／要不要をたずねられました。

RECORDS / X-RAYS RELEASE FORM 記録、レントゲンの譲与について

当院では、必要に応じて皆様の記録やレントゲンを保険会社や他の専門医等に譲渡いたしますのでご了承ください。

私（患者）は、**Drs. Andrew, Elfring & Marriott Office** が、私の治療記録やレントゲンを私または家族に渡すこと、また、必要に応じて他の歯科医や専門医、保険会社等に譲渡することを承認いたします。

DEMAND FORCE 通信方法について

当院では、電話以外のオプションとして、以下の事柄についてオンラインによる通信方法を提供しております。

- * オンラインでの予約の確認
- * テキストメッセージによる予約の確認
- * アンケート（お寄せいただいたご意見は、今後のよりよい治療のために活用させていただきます。）
- * オンラインによる他の患者様の紹介

オンラインによる通信は、いつでも停止することができます。また、テキストメッセージには、通常の料金がかかります。オンラインによる通信をご希望の方は、以下をご記入ください。

E メールを希望します。

テキストを希望します。

E-mail Address メールアドレス

Cell Phone # 携帯番号

オンラインによる通信を希望しません。

APPOINTMENT POLICY 予約について

予約された時間は、皆様の治療のために確保されたものです。当院では事前に、電話、E メールまたは、テキストで予約時間の確認をいたします。時には、緊急の事情がおありのことも理解しておりますが、通常、予約の変更は、休日を除いて48時間以上前をお願いいたします。当日のキャンセルが2回以上になりますと、\$50のキャンセル料をお支払いいただくこともあります。予約時間前においでくださるようお願いいたします。

PAYMENT POLICY お支払いについて

基本的には、保険精算後に請求書をお出ししております。現金、チェック、またはクレジットカード(Amex/Visa/Master/Discover)でお支払いください。クレジットカードご使用の場合、レシートをEメールでお送りすることもできます。

E メールレシートを希望します。 支払い責任者のメールアドレス

I authorize the following person/persons to discuss any of my information pertaining to this office. Please list.

当院における私の情報を下記の者に開示・共有することを許可します。

1.)

2)

Signature サイン

Date 日付