

**PATIENT REGISTRATION FORM 看診者登記表****Personal Details 個人資料**

Title 頭銜: Mr Mrs Ms Miss Dr Prof (Please Circle 請圈選)	
First Name 名字:	Middle Name 中間名字:
Preferred Name 希望被稱呼的名字:	
Surname 姓:	
DOB 生日: / /	Gender 性別: M 男 / F 女
Street Address 地址:	
Suburb 郊區:	Post Code 郵遞區號:
Home Phone 住宅電話:	Mobile 手提電話:
Email 電子郵件地址:	
Medicare Number 全民醫療保險卡號碼:	
Reference Number 參考編碼:	Expiry Date 截止日期: __/____
Veterans 退伍軍人: Yes 是 / No 不是	DVA Number 退伍軍人卡號碼:
Private Health Fund 健康保險公司名稱:	
Health Fund Membership Number 健康保險會員號碼:	

**UNDER 18 YEARS OF AGE (If applicable) 18 歲以下 (如情況符合)**

Parent/Guardian Full Name 父母/監護人姓名:	
Parent/Guardian Medicare Number 父母/監護人全民醫療保險卡號碼:	
Reference Number 參考編碼:	
DOB 生日:	Phone 電話:

**NEXT OF KIN 近親聯絡人**

First Name 名字:	Surname 姓:
Phone 電話:	Relation 關係:

**REFERRING DOCTOR 轉介醫生**

Name 姓名:	Phone 電話:
Address 地址:	

**FAMILY DOCTOR 家庭醫生**

Name 姓名:	Phone 電話:
Address 地址:	

**PHYSIOTHERAPIST 物理治療師**

Name 姓名:	Phone 電話:
Address 地址:	

### 門診預約提醒、留言 & 電子郵件

Please advise the front desk staff if you do not wish to receive SMS reminders, or any other message or emails. 如果您不希望收到短信提醒或任何其他留言或電子郵件，請通知前台工作人員。

- *I consent to receive SMS reminders, messages and emails. 我同意收到短信提醒、留言或電子郵件。*  **Yes 同意**  **No 不同意**

### 隱私條約

I understand that this practice handles personal information in accordance with the National Privacy Principles enshrined in the Privacy Act 1988 (Commonwealth) and as outlined in the Privacy Statement. 我理解此診所是根據 1988 年的隱私法(Commonwealth)所規定的國家隱私法則與診所隱私聲明原則來處理私人資訊。

- *I consent to the handling of my information by this practice for the purpose of providing quality health care, administrative billing purposes and communication with other treating allied health professionals e.g. physiotherapist. 我同意此診所為了以提供優質的醫療保健、費用文書管理和與其他合作治療的專業醫療人士溝通之目的來處理我的資訊，例如物理治療師等。*  **Yes 同意**  **No 不同意**
- *I also give permission for medical information to be obtained from any other source in order to help with my treatment. 我同時也允許此診所為了協助我的治療之目的，而從其他出處取得我的醫療紀錄。*  **Yes 同意**  **No 不同意**

### 付款條約

I understand that this practice accepts bank transfer, Visa, MasterCard, and bank cheque only (personal cheque and Amex are NOT accepted). Full payment for the consultation is required at the time of consultation. Outstanding accounts may be referred to a debt collecting service. 我理解此診所只接受銀行轉帳、Visa、MasterCard 與銀行支票 (診所是不接受個人支票與 Amex 的)。諮詢門診費用需要當天全額支付。未清帳款有可能會被轉教給收債服務。

- *I consent to the payment policy. 我同意付款條約。*  **Yes 同意**  **No 不同意**

Signature 簽名: \_\_\_\_\_ Date 日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_