



# CARING CLINIC DOCTORS CASUAL PATIENT FORM

Level 8, 175 Queen Street, Auckland 1010 Ph: 09 2222 577

Fax: 09 2222 575 EDI: caring8q GP2GP: Dr Sim MCNZ38537

				NHI 医疗号	
Title 称呼		First Name(s) 名		Family Name 姓	
Preferred Name 惯用名				Date of Birth 出生日期	____/____/____ Day 日 Month 月 year 年
Gender 性别	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Gender Diverse (please state) 其他		Place & Country of Birth 出生城市、国家		
Physical Address 住址	Street number 门牌号	Name of Street 街道名		Occupation 职业	
	Suburb 地区		Medical Insurance (Insurance company's Name)		YES 有 / NO 没有
	City/Town 城市 Postcode 邮政编码				
Postal Address 通信地址	<input type="checkbox"/> tick if same as above 同上请打勾			Ethnicity 种族	
				Visa Status 签证状态	
Contact Details 联系方式	Day Phone 工作电话	Night Phone 住宅电话	Mobile No 手机		Email 电子邮箱
				<input type="checkbox"/> (tick to accept txts) 同意接收短信请打勾	<input type="checkbox"/> (tick box to accept emails) 同意接收邮件请打勾
Emergency contact 紧急联络人	Name of person to contact 联系人姓名		Relationship 关系	Phone Number 联系人电话	
<b>*SIGNATURE 签名</b>				<b>*DATE 日期</b>	
				____/____/____ Day 日 Month 月 Year 年	