

HIROYUKI ARIMA, D.M.D.
2041 PIONEER COURT
SUITE 100
SAN MATEO, CA 94403



Name Mr. Mrs. Miss Birth Date
氏 名 生年月日

Last First Middle Mo. Day -Year
Address Zip () Home Tel.
住 所 住宅電話

Cell #

Employer Address Business Tel.
勤 務 先 所 在 地 勤 務 先 電 話

Occupation Social Security No.
職 業 ソーシャルセキュリティ番号

Person Responsible for Account Referred by
支 払 責 任 者 紹 介 者

Dental Insurance Physician
歯 科 保 険 医 者

Email:

1. Are you in good health? (あなたの健康状態はどうですか?) _____
2. Are you under a physician's care now? (現在、医師のもとで治療をされていますか?) _____
If so, please give reason for treatment. (治療中の場合は病名を記入) _____
3. Are you taking any kind of medication at this time? (現在、何か薬をのんでいますか?) _____
4. Have you ever had any unusual reaction to an anesthetic or drug (like penicillin)?
(麻酔やペニシリン又その他の薬に悪い反応を起したことがありますか?) _____
5. Have you ever had trouble with prolonged bleeding after surgery?
(抜歯、負傷、手術等の後、出血が止まらなくて困ったことがありますか?) _____
6. Please circle any illnesses you have ever had: (かかったことのある病気に○をして下さい。)
allergies (アレルギー) tuberculosis (結核) anemia (貧血)
kidney or liver (じん臓・肝臓病) rheumatic fever (リウマチ)
diabetes (糖による病) heart trouble (心臓病) asthma (ぜんそく)
infectious hepatitis (肝炎) epilepsy (てんかん) glaucoma (緑内障)
other (その他)
7. Is there any other information that should be known about your health?
(他に、あなたの健康に関して述べておくことがありますか?) _____

8. Remarks: _____

Signature Date
署 名 日 付