

내과문진표

ない か もんしんひょう
内科問診票

한국 · 조선어
韓国 · 朝鮮語

해당 항목에 를 해 주십시오. あてはまるものにチェックしてください

년 年 月 月 日 日

이름 名前			<input type="checkbox"/> 남 男 <input type="checkbox"/> 여 女
생년월일 生年月日	_____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日	전화번호 電話番号	
주소 住所			
의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
국적 国籍	언어 言葉		

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 열이있다(℃) 熱がある	<input type="checkbox"/> 목이 아프다 喉のどが痛い	<input type="checkbox"/> 기침 せき	
<input type="checkbox"/> 두통 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 가슴이 아프다 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 발진 発しん	<input type="checkbox"/> 두근거림 動悸
<input type="checkbox"/> 숨이차다 息切れ	<input type="checkbox"/> 부종 むくみ	<input type="checkbox"/> 현기증 めまい	<input type="checkbox"/> 가슴에 압박감 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> 복통 お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 위통 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧	<input type="checkbox"/> 저림 しびれ
<input type="checkbox"/> 목이마르다 口が渇く	<input type="checkbox"/> 체중감소 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 복부팽만감 お腹が張る	<input type="checkbox"/> 식욕부진 食欲がない
<input type="checkbox"/> 구토 嘔吐	<input type="checkbox"/> 구역질 吐き気	<input type="checkbox"/> 설사 下痢	<input type="checkbox"/> 혈변 血便
<input type="checkbox"/> 나른하다 だるい	<input type="checkbox"/> 쉽게 피곤해진다 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 그외 その他	
언제 부터 입니까? それはいつからですか			
_____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日 日から			
약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → <input type="checkbox"/> 약 薬 <input type="checkbox"/> 음식물 食べ物 <input type="checkbox"/> 그외 其他		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → 지금 가지고 있다면 보여주세요 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
현재 임신 중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → _____ 개월 ヶ月		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
수유 중 입니까 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 위장질환 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 간장병 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 심장병 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 신장병 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 결핵 結核	<input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病	<input type="checkbox"/> 천식 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧症
<input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ	<input type="checkbox"/> 갑상선 질환 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 매독 梅毒	<input type="checkbox"/> 그외 其他
현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	