

# 외과 문진표

け かもんしんひょう  
外科問診票

한국·조선어  
韓国·朝鮮語

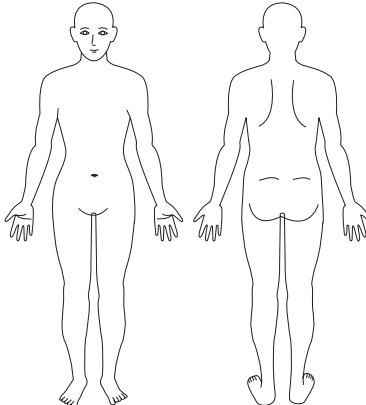
해당 항목에  를 해 주십시오. あてはまるものにチェックしてください

ねん  
년

がつ  
월

にち  
일

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		 <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요. しやうじょうのあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 발열( 熱がある) <input type="checkbox"/> 복통( お腹が痛い) <input type="checkbox"/> 상처( けが) <input type="checkbox"/> 화상( やけど) <input type="checkbox"/> 덩어리( しこり) <input type="checkbox"/> 몸이 저림( しびれ) <input type="checkbox"/> 빠졌다( ひねった) <input type="checkbox"/> 체중감소( 体重が減っている) <input type="checkbox"/> 가려움( かゆい) <input type="checkbox"/> 담석( 胆石) <input type="checkbox"/> 부어있다( 腫れ) <input type="checkbox"/> 치질( 痔) <input type="checkbox"/> 혈변( 血便) <input type="checkbox"/> 목(갑상선)의( 甲状腺) <input type="checkbox"/> 외( 其他) <input type="checkbox"/> 탈장(헤르니아) 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> 유방( 乳房) <input type="checkbox"/> 목( 首) <input type="checkbox"/> 폐( 肺) <input type="checkbox"/> 장( 腸) <input type="checkbox"/> 위( 胃) <input type="checkbox"/> 배꼽( へそ)		
언제 부터 입니까? それはいつからですか		
_____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 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 보여 주세요 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
과거에 마취해서 문제가 생긴 적이 있습니까? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
소개장이 있는 분만 써 주십시오 紹介状のある方だけ書いてください		
복사한 렌트겐 필름을 가지고 계십니까? レントゲンフィルムを持っていますか		<input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
복사한 내시경 필름을 가지고 계십니까? 内視鏡フィルムを持っていますか		<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

예 はい

아니오 いいえ

〈2/2페이지〉