

피부과 문진표

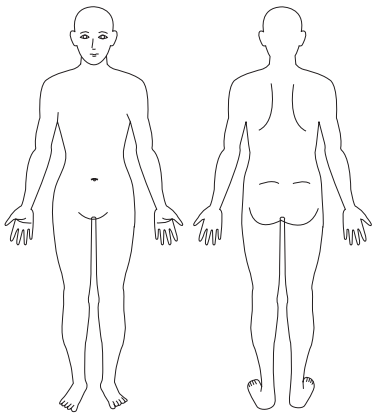
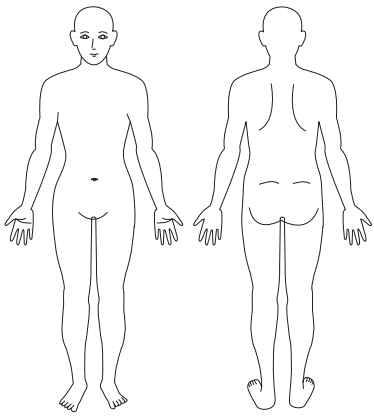
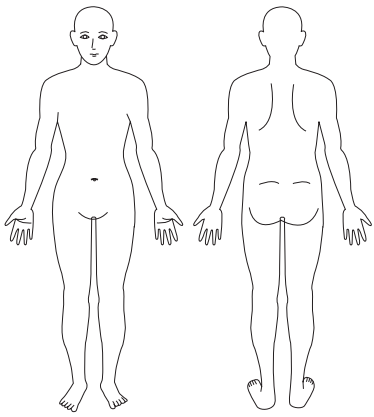
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

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 ^{ねん} 年 월 ^{がつ} 月 일 ^{にち} 日

이름 ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> 남 ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> 여 ^{おんな} 女
생년월일 ^{せいねんがつび} 生年月日	_____ 년 ^{ねん} 年 _____ 월 ^{がつ} 月 _____ 일 ^{にち} 日	전화번호 ^{でんわ} 電話	_____
주소 ^{じゅうしょ} 住所	_____		
의료보험증을 가지고 있습니까? ^{けんこうほけんも} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是	<input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非	
국적 ^{こくせき} 国籍	언어 ^{ことば} 言葉	_____	

어디에 어떤 이상이 있었습니까? ^{どうしましたか}	 <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요. ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 발열(^{ねつ} °C) 熱がある <input type="checkbox"/> 아프다 ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> 가려움 ^{かゆい} 痒い <input type="checkbox"/> 화상 ^{やけど} <input type="checkbox"/> 멍 ^{あざ} <input type="checkbox"/> 무좀 ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> 발진 ^{ぼっしん} 発疹 <input type="checkbox"/> 습진 ^{しっしん} 湿疹 <input type="checkbox"/> 그외 ^{その他} <input type="checkbox"/> 점 ^{ほくろ} <input type="checkbox"/> 상처가 깊어서 진무를 ^{じくじく} じくじくしている	
언제 부터 입니까? ^{それはいつからですか}	
_____ 년 ^{ねん} 年 _____ 월 ^{がつ} 月 _____ 일 ^{にち} 日	
중상이변하고 있습니까? ^{しょうじょうへんか}	 <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요. ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非	
약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? ^{くすり た もの で} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 → <input type="checkbox"/> 약 ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> 음식물 ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> 그외 ^た <input type="checkbox"/> 그외 ^{その他}	
현재 복용 중인 약이 있습니까? ^{げんざいの くすり}	
<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 ^も	
현재 임신중 입니까? ^{にんしん}	
<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 → _____ 개월 ^{かげつ}	
수유중 입니까 ^{じゆにゅうちゆう}	
<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非	
지금까지 어떤 병을 앓았습니까? ^{いま}	 <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요. ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 위장질환 ^{いちょうびょうき}	
<input type="checkbox"/> 간장병 ^{かんぞうびょうき}	
<input type="checkbox"/> 심장병 ^{しんぞうびょうき}	
<input type="checkbox"/> 신장병 ^{しんぞうびょう키}	
<input type="checkbox"/> 결핵 ^{けっかく}	
<input type="checkbox"/> 당뇨병 ^{とうりょうびょう}	
<input type="checkbox"/> 천식 ^{ぜんそく}	
<input type="checkbox"/> 에이즈 ^{エイズ}	
<input type="checkbox"/> 갑상선 질병 ^{こうじょうせんびょう키}	
<input type="checkbox"/> 매독 ^{はいどく}	
<input type="checkbox"/> 그외 ^{その他}	
현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? ^{げんざい ちりゆう}	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非
지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? ^{しじゆつ}	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非
과거에 마취해서 문제가 생긴 적이 있습니까? ^{ますい}	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? ^{こんご つうやく}	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 非