

뇌신경외과 문진표

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

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

년 ^{ねん} 年 月 ^{がつ} 月 日 ^{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} 否	
국적 ^{こくせき} 国籍		언어 ^{ことば} 言葉	

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

두통 ^{あたまいた} 頭が痛い 현기증 ^{めまい} めまい 구역질 ^{はげ} 吐き気 구토 ^{おうと} 嘔吐

귀울림 ^{みみなり} 耳鳴り 어깨결림 ^{かたこり} 肩こり 몸이 저림 ^{しびれ} しびれ 손발의 떨림 ^{てあしのふるえ} 手足のふるえ

의식이 없어진다 ^{いしき} 意識がなくなる 난청 ^{きこえにくい} 聞こえにくい

사물이 희미하게 보인다 ^{もの} 物が見えにくい 걷기 힘들다 ^{あそ} 歩きにくい

팔다리의 움직임이 나쁘다 ^{てあしうごわる} 手足の動きが悪い 그외 ^{その他} その他

언제 부터 입니까? それはいつからですか _____ 년 ^{ねん} 年 _____ 월 ^{がつ} 月 _____ 일 ^{にち} 日から

머리를 부딪혔 습니까? ^{あたま} 頭をぶつきましたか

예 ^{はい} 是 → _____ 년 ^{ねん} 年 _____ 월 ^{がつ} 月 _____ 일 ^{にち} 日から 아니오 ^{いいえ} 否

어디를 부딪혔 습니까? どこをぶつきましたか 전두부 ^{ぜんどうぶ} 前頭部 후두부 ^{こうどうぶ} 後頭部 오른쪽 옆 ^{みぎよこ} 右横 왼쪽 옆 ^{ひだりよこ} 左横

교통사고입니까? ^{こうつうじこ} 交通事故ですか 예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否

두통이 있는 분만 답해 주세요 ^{あたまいたかた} 頭が痛い方への質問です

어디가 아릅니까? ^{いた} どこが痛みますか

전두부 ^{ぜんどうぶ} 前頭部 후두부 ^{こうどうぶ} 後頭部 오른쪽 옆 ^{みぎよこ} 右横 왼쪽 옆 ^{ひだりよこ} 左横 머리전체 ^{あたまぜんたい} 頭全体

어떤 통증입니까? ^{いた} どのように痛みますか

옥신옥신 ^{ズキンズキン} ズキンズキン 몹시 아프다(땡땡) ^{ガンガン} ガンガン 머리가 깨질 것처럼 ^{ガンと割れるように} ガンと割れるように

쿵쿵 쑤신다 ^{キリキリ} キリキリ 따금따금 아프다 ^{チクチク} チクチク 그외 ^{その他} その他

하루중 언제가 가장 아릅니까? ^{いちばんいた} いつが一番痛いですか

아침 ^{あさ} 朝 점심 ^{ひる} 昼 저녁 ^{ゆがた} 夕方 하루종일 ^{いちにちじゅう} 一日中

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

예 ^{はい} 是 → 약 ^{くすり} 薬 음식물 ^{た もの} 食べ物 그외 ^た その他 아니오 ^{いいえ} 否

현재 복용 중인 약이 있습니까? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか

예 ^{はい} 是 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 ^も 持っていれば見せてください 아니오 ^{いいえ} 否

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか

예 ^{はい} 是 → _____ 개월 ^{かげつ} ヶ月 아니오 ^{いいえ} 否

수유중 입니까 ^{じゆにゆうちゆう} 授乳中ですか 예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否



지금까지 어떤 병을 앓았습니까? <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 위장질환 <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 결핵 <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> 에이즈 <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> 간장병 <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <small>とうようびょう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 갑상선 질병 <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 심장병 <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 천식 <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> 매독 <small>ばいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> 신장병 <small>しんぞう びょうき</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 고혈압 <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 그외 <small>た</small> 其他
현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> 예 <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> 아니오 <small>いいえ</small>
술을 마십니까? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか		<input type="checkbox"/> 마신다 <small>はい</small> → _____ ml/일 <small>ml/日</small>	<input type="checkbox"/> 안마신다 <small>いいえ</small>
담배를 피웁니까? <small>す</small> たばこを吸いますか		<input type="checkbox"/> 편다 <small>はい</small> → _____ 개피/일 <small>ほん ひ</small> 本/日	<input type="checkbox"/> 안편다 <small>いいえ</small>
지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? <small>しゅじゆつ うち</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> 예 <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> 아니오 <small>いいえ</small>
과거에 마취해서 문제가 생긴 적이 있습니까? <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> 예 <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> 아니오 <small>いいえ</small>
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? <small>こんご づうやく じぶん っ</small> 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 <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> 아니오 <small>いいえ</small>	