

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 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

두통 頭が痛い 현기증 めまい 구역질 吐き気 구토 嘔吐
 귀울림 耳鳴り 어깨결림 肩こり 몸이 저림 しびれ 손발의 떨림 手足のふるえ
 의식이 없어진다 意識がなくなる 난청 聞こえにくい
 사물이 희미하게 보인다 物が見えにくい 걷기 힘들다 歩きにくい
 팔다리의 움직임이 나쁘다 手足の動きが悪い 그외 その他

언제 부터 입니까? それはいつからですか
_____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日から

머리를 부딪혔 습니까? 頭をぶつきましたか
 예 はい → _____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日から 아니오 いいえ

어디를 부딪혔 습니까? どこをぶつきましたか 전두부 前頭部 후두부 後頭部 오른쪽 옆 右横 왼쪽 옆 左横

교통사고입니까? 交通事故ですか 예 はい 아니오 いいえ

두통이 있는 분만 답해 주세요 頭が痛い方への質問です

어디가 아릅니까? どこが痛みますか
 전두부 前頭部 후두부 後頭部 오른쪽 옆 右横 왼쪽 옆 左横 머리전체 頭全体

어떤 통증입니까?どのように痛みますか
 옥신옥신 ズキンズキン 몹시 아프다(땡땡) ガンガン 머리가 깨질 것처럼 ガーンと割れるように
 쿵쿵 쑤신다 キラキラ 따금따금 아프다 チクチク 그외 その他

하루중 언제가 가장 아릅니까? いつが一番痛いですか
 아침 朝 점심 昼 저녁 夕方 하루종일 一日中

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか
 예 はい → 약 薬 음식물 食べ物 그외 その他 아니오 いいえ

현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在飲んでいる薬はありますか
 예 はい → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください 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
 예 はい → _____ 개월 ヶ月 아니오 いいえ

수유 중 입니까 授乳中ですか 예 はい 아니오 いいえ



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>こうけつあつしょう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 그외 <small>た</small> その他
현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? <small>げんざい ちりょう 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</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 つうやく じぶん</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>	