

정형외과 문진표

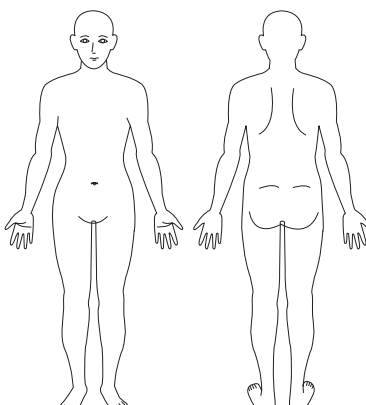
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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 월 月 일 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		 <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요. 症状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"/> 아프다 痛み		
<input type="checkbox"/> 상처 けが	<input type="checkbox"/> 화상 やけど		
<input type="checkbox"/> 덩어리 しろり	<input type="checkbox"/> 중기, 부스럼 是れもの		
<input type="checkbox"/> 가려움 かゆい	<input type="checkbox"/> 저리다 しぶれ		
<input type="checkbox"/> 삐었다 びねった	<input type="checkbox"/> 체중감소 体重が減っている		
<input type="checkbox"/> 그외 其他			
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 보여 주세요 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
현재 임신중 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	
수유중 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 질병 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	
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			