

# 내과문진표

ない か もんしんひょう  
内科問診票

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 <sup>ねん</sup> 年     <sup>がつ</sup> 月     <sup>にち</sup> 日

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

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 열이있다( <sup>ねつ</sup> °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 목이 아프다 <sup>のどが</sup> 痛い	<input type="checkbox"/> 기침 <sup>せき</sup>
<input type="checkbox"/> 두통 <sup>あたま</sup> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 가슴이 아프다 <sup>むね</sup> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 발진 <sup>ほっしん</sup>
<input type="checkbox"/> 숨이차다 <sup>いきぎ</sup> 息切れ	<input type="checkbox"/> 부종 <sup>むくみ</sup>	<input type="checkbox"/> 두근거림 <sup>どうき</sup> 動悸
<input type="checkbox"/> 복통 <sup>なか</sup> お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 위통 <sup>い</sup> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 가슴에 압박감 <sup>むね</sup> 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> 목이마르다 <sup>のど</sup> 口が渴く	<input type="checkbox"/> 체중감소 <sup>たいじゅう</sup> 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 저림 <sup>しびれ</sup>
<input type="checkbox"/> 구토 <sup>おうと</sup> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 구역질 <sup>は</sup> 吐き気	<input type="checkbox"/> 식욕부진 <sup>しょくよく</sup> 食欲がない
<input type="checkbox"/> 나른하다 <sup>だるい</sup>	<input type="checkbox"/> 쉽게 피곤해진다 <sup>つか</sup> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 혈변 <sup>けつべん</sup> 血便
		<input type="checkbox"/> 그외 <sup>た</sup> その他

언제 부터 입니까? それはいつからですか

\_\_\_\_\_ 年 <sup>ねん</sup> 年     \_\_\_\_\_ 月 <sup>がつ</sup> 月     \_\_\_\_\_ 日 <sup>にち</sup> 日から

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? <sup>くすり た もの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

예 <sup>はい</sup> →  약 <sup>くすり</sup> 薬     음식물 <sup>た もの</sup> 食べ物     그외 <sup>た</sup> その他     아니오 <sup>いいえ</sup>

현재 복용 중인 약이 있습니까? <sup>げんざいの</sup> 現在飲んでいる薬はありますか

예 <sup>はい</sup> → 지금 가지고 있다면 보여주세요 <sup>も</sup> 持っていれば見せてください     아니오 <sup>いいえ</sup>

현재 임신 중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? <sup>にんしん</sup> 妊娠していますか、またその可能性はありますか

예 <sup>はい</sup> → \_\_\_\_\_ 개월 <sup>かげつ</sup> ヶ月     아니오 <sup>いいえ</sup>

수유 중 입니까 <sup>じゅうちゅう</sup> 授乳中ですか

예 <sup>はい</sup>   아니오 <sup>いいえ</sup>

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 위장질환 <sup>いちょう</sup> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 간장병 <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 심장병 <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 신장병 <sup>しんぞう</sup> 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 결핵 <sup>けっかく</sup>	<input type="checkbox"/> 당뇨병 <sup>とうりょうびょう</sup> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 천식 <sup>ぜんそく</sup>	<input type="checkbox"/> 고혈압 <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 에이즈 <sup>エイズ</sup>	<input type="checkbox"/> 갑상선 질병 <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 매독 <sup>ばいどく</sup> 梅毒	<input type="checkbox"/> 그외 <sup>た</sup> その他

현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? <sup>げんざい</sup> 現在治療している病気はありますか

예 <sup>はい</sup>   아니오 <sup>いいえ</sup>

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? <sup>しゅじゅつ</sup> 手術を受けたことがありますか

예 <sup>はい</sup>   아니오 <sup>いいえ</sup>

수혈을 받은 적이 있습니까? <sup>ゆけつ</sup> 輸血を受けたことがありますか

예 <sup>はい</sup>   아니오 <sup>いいえ</sup>

앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? <sup>こんご</sup> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

예 <sup>はい</sup>   아니오 <sup>いいえ</sup>