

내과 문진표/内科 問診票

환자성명/患者氏名		의료기관 기입란 /医療機関記入欄	BT=	℃
생년월일(양력) /生年月日(西曆)	년/年 월/月 일/日 (세/歲)		PR=	/分
신장/체중/身長・体重	_____cm _____kg	성별/性別	BP=	mmHg
알레르기 유무 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 음식물/食べ物 : <input type="checkbox"/> 약/薬 :		RR=	/分
			SPO2=	%
			<input type="checkbox"/> 남성/男性	<input type="checkbox"/> 여성/女性

오늘은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오.)
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数してください。)

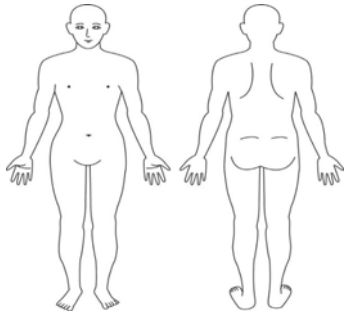
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 발열/発熱 | <input type="checkbox"/> 기침/咳 | <input type="checkbox"/> 콧물/鼻水 | <input type="checkbox"/> 가래/痰 | <input type="checkbox"/> 답답하다
/息が苦しい | <input type="checkbox"/> 혈떡임/息切れ |
| <input type="checkbox"/> 쉽게 지친다
/疲れやすい | <input type="checkbox"/> 몸이 무겁다
/からだがだるい | <input type="checkbox"/> 식욕이 없다
/食欲がない | <input type="checkbox"/> 체중감소
/体重減少 | <input type="checkbox"/> 구역질/吐き氣 | <input type="checkbox"/> 구토/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 설사/下痢 | <input type="checkbox"/> 혈변/血便 | <input type="checkbox"/> 빈뇨/頻尿 | <input type="checkbox"/> 혈뇨/血尿 | <input type="checkbox"/> 동계(심장 두근
거림)/動悸 | <input type="checkbox"/> 고혈압/高血壓 |
| <input type="checkbox"/> 현기증/めまい | <input type="checkbox"/> 마비/麻痺 | <input type="checkbox"/> 저림/しびれ | <input type="checkbox"/> 붓기/むくみ | <input type="checkbox"/> 간지러움/かゆみ | <input type="checkbox"/> 두드러기
/じんましん |
| <input type="checkbox"/> 불면/不眠 | <input type="checkbox"/> 갈증/のどが渇く | <input type="checkbox"/> 통증/痛み | <input type="checkbox"/> 타.의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함)
/他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) | | <input type="checkbox"/> 기타/その他 : |

대변 정상에 하십시오.
/便の性状にしてください。

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 회백색
/灰白色 | <input type="checkbox"/> 갈색 /茶色 | <input type="checkbox"/> 흑색 /黒色 | <input type="checkbox"/> 혈변/血便 | <input type="checkbox"/> 설사/水様 | <input type="checkbox"/> 난변/軟便 |
| <input type="checkbox"/> 보통/普通 | <input type="checkbox"/> 딱딱한 대변
/硬い便 | ※ 하루 배변 횟수/一日の排便回数 _____ 회/回 / 일/日 | | | |

증상에 대한 질문입니다.
/症状についてご質問します。

증상이 있는 부분에 표시를 하십시오.
/症状のある部分にを付けて下さい。



증상은 어떤 경우에 나타납니까?
/症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아침/朝 | <input type="checkbox"/> 점심/昼 | <input type="checkbox"/> 저녁/夕方 | <input type="checkbox"/> 취침중
/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> 기상시
/起床時 | <input type="checkbox"/> 비정기적
/不定期 | <input type="checkbox"/> 기타/その他 | |

증상은 어떤 성질을 띠고 있습니까?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 끊임없이 계속됨/絶え間なく、続いている |
| <input type="checkbox"/> 증상이 나타나거나 없어지거나 반복됨/症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> 점점 심해지고 있음/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> 기타/その他 : |

그 증상의 레벨을 숫자로 나타내면 어느 정도입니까? 아래 숫자에 표시해 주십시오.
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか。下の数字のところにを付けてください。



이 증상은 언제부터 있습니까?
/この症状はいつからありますか。

_____년/年 _____월/月 _____일/日 오전/午前/오후/午後 _____시/時 _____분/分 경 부터/ごろから

현재 복용중인 약은 있습니까? ※비타민, 영양제, 건강보조식품 포함.
/現在、飲んでいる薬はありますか。 ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まます。

- 아니오/いいえ 예/はい *약 혹은 "약수첩"이 있을 경우 제시해 주십시오.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方		약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**현재 치료중인 질병, 혹은 과거에 치료를 받은 적은 있습니까?
/現在治療している病氣、または過去に治療していたことはありますか。**

아니오/いいえ 예/はい

***'예'에 선택하신 분은 질환 리스트에서 선택한 후에 치료를 받은 의료기관명을 기입하십시오.
/「はい」に選んだ人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。**

질환명 (아래 리스트번호를 기입하셔도 됩니다) /疾患名 (下記リスト番号可)	치료경과 /治療経過	의료기관명 /医療機関名
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	

<질환 리스트/疾患リスト>

질환의 계통 /疾患の系統	질환명 /疾患名
① 소화기계 질환 /消化器系の疾患	a. 소화관궤양 /消化管潰瘍 b. 간염 /肝炎 c. 간경변 /肝硬変 d. 기타 /その他
② 순환기계 질환 /循環器系の疾患	a. 고혈압 /高血圧 b. 협심증/심근경색 /狭心症・心筋梗塞 c. 부정맥 /不整脈 d. 심부전 /心不全 e. 기타 /その他
③ 호흡기계 질환 /呼吸器系の疾患	a. 천식 /喘息 b. 만성 폐쇄성 폐질환 /慢性閉塞性肺疾患 c. 폐렴 /肺炎 d. 폐결핵 /肺結核 e. 기타 /その他
④ 신장/비뇨기계 질환 /腎・泌尿器系の疾患	a. 만성신부전 /慢性腎不全 b. 신장/요관결석 /腎・尿管結石 c. 요로감염증 /尿路感染症 d. 기타 /その他
⑤ 뇌신경계 질환 /脳神経系の疾患	a. 뇌경색 /脳梗塞 b. 뇌출혈 /脳出血 c. 전간 /てんかん d. 기타 /その他
⑥ 내분비대사계 질환 /内分泌代謝系の疾患	a. 당뇨병 /糖尿病 b. 고지혈증 /高脂血症 c. 갑상선 기능장애 /甲状腺機能障害 d. 고요산혈증 /高尿酸血症 e. 기타 /その他
⑦ 뼈/근육의 질환 /骨・筋肉の疾患	a. 관절 류머티즘 /関節リウマチ b. 골다공증 /骨粗鬆症 c. 퇴행성 무릎 관절증 /変形性膝関節症 d. 추간판 탈출증 /椎間板ヘルニア e. 통풍 /痛風 f. 기타 /その他
⑧ 산부인과 질환 /産婦人科の疾患	a. 자궁근증 /子宮筋腫 b. 월경관란증 /月経困難症 c. 불임증 /不妊症 d. 기타 /その他
⑨ 눈 질환 /眼の疾患	a. 백내장 /白内障 b. 녹내장 /緑内障 c. 망막증 /網膜症 d. 기타 /その他
⑩ 악성종양 /悪性腫瘍	a. 위암 /胃がん b. 대장암 /大腸がん c. 간/담낭/췌장암 /肝臓・胆のう・膵臓がん d. 유방암 /乳がん e. 자궁암 /子宮がん f. 폐암 /肺癌 g. 기타 /その他
⑪ 정신 질환 /精神の疾患	a. 우울증 /うつ病 b. 조현병 /統合失調症 c. 기타 /その他
⑫ 이비과 질환 /耳鼻科の疾患	a. 난청 /難聴 b. 현기증 /めまい c. 이명 (귀 울림) /耳鳴 d. 꽃가루 알레르기 /花粉症 e. 기타 /その他
⑬ 혈액 질환 /血液の疾患	a. 빈혈 /貧血 b. 백혈병 /白血病 c. 기타 /その他
⑭ 피부 질환 /皮膚の疾患	a. 아토피성 피부염 /アトピー性皮膚炎 b. 백선증(무좀) /白癬症 (水虫) c. 기타 /その他

과거에 수술을 받으신 적이 있습니까?
/今までに手術をしたことがありますか。

- 아니오/いいえ 예/はい

*'예'를 하신 분은 아래 수술력을 기입하십시오.
/「はい」にした方は下に手術歴を書いてください。

질환명 /疾患名	수술명 /手術名	수술을 한 시기 /手術をした時期	수술을 받은 의료기관 /手術をした医療機関

※수술 날짜를 정확하게 기억 못하신 분은 수술을 받은 '나이', '수술 받은 해'를 기입하시면 됩니다.
/詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

습관적으로 흡연하십니까?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- 아니오/いいえ 예/はい 과거에 흡연습관이 있었다/以前吸っていた

흡연량 /喫煙量	흡연기간 /喫煙期間	흡연을 그만둔 해 /喫煙をやめた年
_____개비/일 / 本/日	_____년/年	_____년/年 _____월/月

※현재도 계속 흡연하고 계시는 분은 흡연을 그만둔 해 칸은 비워두시면 됩니다.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

습관적으로 음주를 하십니까?
/習慣的にお酒を飲みますか。

- 아니오/いいえ 예/はい 음주습관이 있었다/以前飲酒する習慣があった

<input type="checkbox"/> 맥주/ビール	_____ml /일/日	<input type="checkbox"/> 위스키/ウイスキー	_____ml /일/日
<input type="checkbox"/> 사케(일본주)/日本酒	_____ml /일/日	<input type="checkbox"/> 와인/ワイン	_____ml /일/日
<input type="checkbox"/> 기타/その他	_____ml /일/日		

여성만 대답해 주십시오. 임신중 또는 임신 가능성이 있습니까?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- 아니오/いいえ 예/はい 잘 모름/わからない

현재 수유중입니까?
/現在、授乳中ですか。

- 아니오/いいえ 예/はい

진찰에서 요망사항이 있으실 경우 해 주십시오.
/診察でのあなたのご希望がある場合は、をしてください。

- 의료비용이 얼마 드는지 미리 알고싶다/あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
 통역이 있을 경우 서비스를 받고 싶다/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
 기타/その他 :