

소화기과 문진표/消化器科 問診票

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

오늘은 어떤 증상 때문에 찾아오셨습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오)
/本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数してください。)

- 구역질/吐き気 구토/嘔吐 트럼/げっぷ 명치가 쓰리고 아픔/胸やけ 피를 토하다/血を吐く 설사/下痢

변비/便秘 혈변/血便 식사가 잘 넘어가지 않다/食事がのどにつかえる 식욕감퇴/食欲減退 체중감소/体重減少

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)

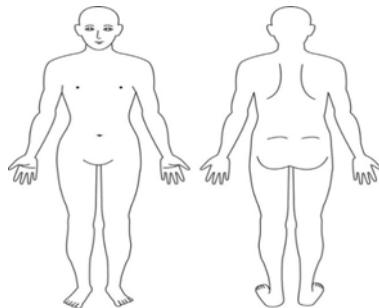
기타/その他:

대변 성상에 ☐ 하십시오.
/便の性状に☒してください。

- 회백색/灰白色 갈색/茶色 흑색/黑色 혈변/血便 설사/水樣 난변/軟便
 보통/普通 땀땀한 대변/
/腋い便 *하루 배변 횟수/一日の排便回数 : _____회/일/回/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。



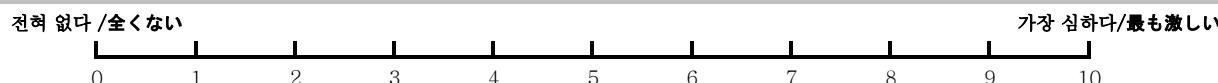
증상은 어떤 경우에 나타납니까.
/ 症状はどのようなときに現れますか。

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

증상은 어떤 성질입니까?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- 끊임없이 계속됨/絶え間なく、続いている
 - 증상이 나타나거나 없어지거나 반복됨/症状が出来たり、消えたりしている
 - 점점 심해지고 있음/徐々にひどくなっている
 - 기타/その他 :

그 증상의 레벨을 숫자로 나타내면 어느 정도입니까? 아래 숫자에 ○을 표시해 주십시오.
/その症状の程度を数字で表すと、どのくらいですか。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、飲んでる薬ありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- 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 하신 분은 질환 리스트에서 선택한 후에 치료를 받은 의료기관명을 기입하십시오.
/「はい」に□した人は、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 기입 하셔도 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"/> 치료 중단/治療中止	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中止	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中止	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療
	<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中止	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <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 류마티즘 /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. 자궁근종 /子宮筋腫	b. 월경관란증 /月經困難症	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・ 脾臓がん	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. 혈기증 /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 비워주시면 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 수유중입니다?
/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ほしい。

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 :