

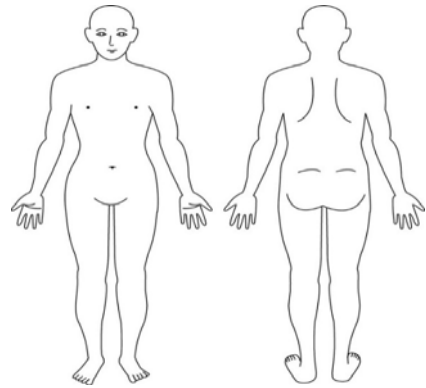
## 피부과 문진표/皮膚科 問診票

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

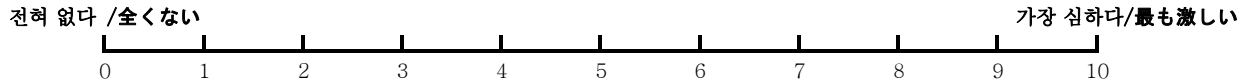
오늘은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오)  
 /今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数してください。)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 간지러움/かゆみ   | <input type="checkbox"/> 습진/湿疹          | <input type="checkbox"/> 발진/発疹         |
| <input type="checkbox"/> 두드러기/じんましん   | <input type="checkbox"/> 피부 건조/皮膚の乾燥    | <input type="checkbox"/> 아토피/アトピー      |
| <input type="checkbox"/> 기미/しみ  | <input type="checkbox"/> 멍/あざ           | <input type="checkbox"/> 점/ほくろ         |
| <input type="checkbox"/> 여드름/にきび  | <input type="checkbox"/> 사마귀/いぼ         | <input type="checkbox"/> 종기/できもの       |
| <input type="checkbox"/> 화상/やけど   | <input type="checkbox"/> 벌레에 물림/虫さされ    | <input type="checkbox"/> 땀이 안나온다/汗がでない |
| <input type="checkbox"/> 무좀/水虫  | <input type="checkbox"/> 피부감각이상/皮膚の感覚異常 |  |
| <input type="checkbox"/> 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함)<br>/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 :   |   |  |

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



그 증상의 레벨을 숫자로 나타내면 어느 정도입니까? 아래 숫자에 O를 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O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    정 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れます。

- 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<br>/お薬の名前 | 복용 방법/사용법<br>/飲み方・使い方 |   | 약품명<br>/お薬の名前 | 복용 방법/사용법<br>/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気、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)<br>/疾患名 (下記リスト番号可) | 치료경과<br>/治療経過  | 의료기관명<br>/医療機関名 |
|---|--|-----------------|
|   | <input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中<br><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<br><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<br><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<br><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<br>/疾患の系統           | 질환명<br>/疾患名   |
|----------------------------|---|
| ① 소화기계 질환<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>f.기타 /その他 |
| ⑧ 산부인과 질환<br>/産婦人科の疾患      | a.자궁근종 /子宮筋腫    b.월경관란증 /月経困難症    c.불임증 /不妊症    d.기타 /その他   |
| ⑨ 눈 질환<br>/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<br>/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<br>f.폐암 /肺癌    g.기타 /その他 |
| ⑪ 정신 질환<br>/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<br>/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<br>/血液の疾患          | a.빈혈 /貧血    b.백혈병 /白血病    c.기타 /その他   |
| ⑭ 피부 질환<br>/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 선택하신 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<br>/疾患名 | 수술명<br>/手術名 | 수술을 한 시기<br>/手術をした時期 | 수술을 받은 의료기관<br>/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<br>/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 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。  
본 자료는 의사 및 법률 전문가들의 감수를 받아 작성하였으나 일본과 외국의 언어 및 제도 차이로 인해 해석 차이가 발생하였을 경우 일본어가 우선적으로 적용됩니다.