

안과 문진표/眼科 問診票

환자성명 /患者氏名					BT=	℃
생년월일(양력) /生年月日(西曆)	년/年	월/月	일/日	의료기관 기입란 /医療機関記入欄	PR=	/分
	(세/歳)				BP=	mmHg
					RR=	/分
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 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 음식물/食べ物 : <input type="checkbox"/> 약/薬 :					

오늘은 어떤 부위의 증상으로 오셨습니까?
/今日はどの部位の症状でこられましたか

- 우안/右眼 좌안/左眼 양안/両眼 눈주위/眼の周囲 눈꺼풀/瞼

어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오)
/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"/> 잘 안보인다
/見えにくい | <input type="checkbox"/> 눈곱/目やに | <input type="checkbox"/> 간지러움/かゆみ | <input type="checkbox"/> 부기/腫れ | <input type="checkbox"/> 눈 통증
/眼の痛み | <input type="checkbox"/> 눈 건조
/眼が乾燥する |
| <input type="checkbox"/> 눈 이물감
/眼の異物感 | <input type="checkbox"/> 이중으로 보인다/物
が二重に見える | <input type="checkbox"/> 비뚤어지게 보인다
/物が歪んで見える | <input type="checkbox"/> 눈부심/まぶしい | <input type="checkbox"/> 눈물이 난다
/涙が出る | <input type="checkbox"/> 시야 결손/視界が
欠けて見える |
| <input type="checkbox"/> 흑점이 보인다
/黒い点が見える | <input type="checkbox"/> 다래끼/できもの | <input type="checkbox"/> 충혈/充血 | <input type="checkbox"/> 빛 번짐/視野にキラキラした
光が見える | | |
- 이물질이 들어감/眼の中にか何かが入った 눈 안에 들어간 물질을 적어주십시오/眼の中に入ったものを書いてください :
- 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 :

위 증상은 언제부터 나타났습니까?
/上記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 /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) /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.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 /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 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 /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 :