

# 피부과 문진표

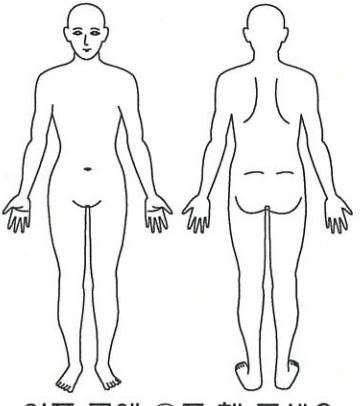
히 부 카 몬신히요  
皮膚科問診票

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 年 월 月 일 日

|                                |                                                                |           |                                                           |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------|
| 이름 名前                          |                                                                |           | <input type="checkbox"/> 남 男 <input type="checkbox"/> 여 女 |
| 생년월일 生年月日                      | _____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日                                  | 전화번호 電話番号 | _____                                                     |
| 주소 住所                          | _____                                                          |           |                                                           |
| 의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか? | <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ |           |                                                           |
| 국적 国籍                          | _____                                                          | 언어 言葉     | _____                                                     |

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |  <p>아픈 곳에 ○표 해 주세요.<br/>症状のあるところに丸をしてください</p> |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 발열(℃) 熱がある<br><input type="checkbox"/> 화상 やけど<br><input type="checkbox"/> 멍 あざ<br><input type="checkbox"/> 무좀 水虫<br><input type="checkbox"/> 그외 その他 | <input type="checkbox"/> 아프다 痛い<br><input type="checkbox"/> 발진 発しん<br><input type="checkbox"/> 점 ほくろ<br><input type="checkbox"/> 상처가 깊어서 진무를 じくじくしている |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 가려움 かゆい<br><input type="checkbox"/> 습진 湿しん<br><input type="checkbox"/> 기미 しみ |
| 언제 부터 입니까? それはいつからですか                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| _____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日 日から                                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 증상이변하고있습니까? その症状は変化していますか                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 예 はい → <input type="checkbox"/> 약 薬 <input type="checkbox"/> 음식물 食べ物 <input type="checkbox"/> 그외 その他 <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ               |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在飲んでいる薬はありますか                                                                                                                                             |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 예 はい → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                             |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、またその可能性はありますか                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 예 はい → _____ 개월 ヶ月 <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 수유중 입니까 授乳中ですか                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                   |                                                                                                       |
| 지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 위장질환 胃腸の病気<br><input type="checkbox"/> 결핵 結核<br><input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ                                                                    | <input type="checkbox"/> 간장병 肝臓の病気<br><input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 갑상선 질병 甲状腺の病気                                      | <input type="checkbox"/> 심장병 心臓の病気<br><input type="checkbox"/> 천식 ぜんそく<br><input type="checkbox"/> 매독 梅毒                         |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 신장병 腎臓の病気<br><input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧症<br><input type="checkbox"/> 그외 その他                                                                   |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| 현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? 現在治療している病気はありますか                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                   |                                                                                                       |
| 지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                   |                                                                                                       |
| 과거에 마취해서 문제가 생긴 적이 있습니까? 麻酔をして何かトラブルがありましたか                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                   |                                                                                                       |
| 앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? 今後、通訳を自分で連れて来てことができますか                                                                                                                   |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 아니오 いいえ                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                       |