

해당 항목에 를 해 주십시오. あてはまるものにチェックしてください

년 ^{ねん} 年 月 ^{がつ} 月 日 ^{にち} 日

이름 ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> 남 ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> 여 ^{おんな} 女
생년월일 ^{せいねんがつび} 生年月日	_____ 년 ^{ねん} 年	_____ 월 ^{がつ} 月	_____ 일 ^{にち} 日	전화번호 ^{でんわ} 電話
주소 ^{じゅうしょ} 住所				
의료보험증을 가지고 있습니까? ^{いりょうほけんしゅを} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 예 ^{はい} 是		<input type="checkbox"/> 아니오 ^{いいえ} 否	
국적 ^{こくせき} 国籍			언어 ^{ことば} 言葉	

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 열이 있다 ^{ねつ} (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 목이 아프다 ^い どのが痛い	<input type="checkbox"/> 기침 ^{せき} せき
<input type="checkbox"/> 두통 ^{あたたま} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 가슴이 아프다 ^{むね} 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 발진 ^{ほっしん} 発疹
<input type="checkbox"/> 숨이 차다 ^{いきぎ} 息切れ	<input type="checkbox"/> 부종 ^{むくみ} むくみ	<input type="checkbox"/> 두근거림 ^{どうき} 動悸
<input type="checkbox"/> 복통 ^{なか} お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 위통 ^い 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 가슴에 압박감 ^{むね} 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> 목이 마르다 ^が 口が渴く	<input type="checkbox"/> 체중 감소 ^{たいじゅう} 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 고혈압 ^{こうけつあつ} 高血圧
<input type="checkbox"/> 구토 ^{おうと} 嘔吐	<input type="checkbox"/> 구역질 ^は 吐き気	<input type="checkbox"/> 저림 ^{しびれ} 痺れ
<input type="checkbox"/> 나른하다 ^{だるい} だるい	<input type="checkbox"/> 쉽게 피곤해진다 ^{つか} 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 식욕부진 ^{しょくよく} 食欲がない
		<input type="checkbox"/> 혈변 ^{けつべん} 血便
		<input type="checkbox"/> 그외 ^た その他

언제 부터 입니까? それはいつからですか

_____ 년 ^{ねん} 年 月 ^{がつ} 月 日 ^{にち} 日から

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? ^{くすり} 薬 ^た 食 ^{もの} 食物 ^で アレルギーが出ますか

예 ^{はい} 是 → 약 ^{くすり} 薬 음식물 ^た 食 ^{もの} 食物 그외 ^た その他 아니오 ^{いいえ} 否

현재 복용 중인 약이 있습니까? ^{げんざい} 現在 ^の 飲 ^み 飲んでいる ^{くすり} 薬 ^は あります ^か ですか

예 ^{はい} 是 → 지금 가지고 있다면 보여주세요 ^も 持 ^み 持っていれば ^み 見 ^せ せて ^た ください 아니오 ^{いいえ} 否

현재 임신 중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? ^{にんしん} 妊娠 ^か しています ^か ですか、^か また ^{その} 可能性 ^は あります ^か ですか

예 ^{はい} 是 → _____ 개월 ^{かげつ} ヶ月 아니오 ^{いいえ} 否

수유 중 입니까 ^{じゅうちゅう} 授乳 ^中 中 ^{です} ですか

예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? ^{いま} 今 ^{まで} までに ^か かった ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気 があります ^か ですか

<input type="checkbox"/> 위장질환 ^{いちょう} 胃腸 ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気	<input type="checkbox"/> 간장병 ^{かんぞう} 肝 ^{びょうき} 臓 ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気	<input type="checkbox"/> 심장병 ^{しんぞう} 心 ^{びょうき} 臓 ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気	<input type="checkbox"/> 신장병 ^{しんぞう} 腎 ^{びょうき} 臓 ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気
<input type="checkbox"/> 결핵 ^{けつかく} 結核	<input type="checkbox"/> 당뇨병 ^{とうりょうびょう} 糖 ^{びょう} 尿 ^{びょう} 病 ^{びょう} 病	<input type="checkbox"/> 천식 ^{ぜんそく} ぜんそく	<input type="checkbox"/> 고혈압 ^{こうけつあつ} 高 ^{しん} 血 ^{けつ} 圧 ^{しん} 症 ^{あつ} 症
<input type="checkbox"/> 에이즈 ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> 갑상선 질병 ^{こうじょうせん} 甲 ^{びょうき} 状 ^{びょうき} 腺 ^{びょうき} 病 ^{びょう} 病 ^き 病 ^き	<input type="checkbox"/> 매독 ^{ばいどく} 梅毒	<input type="checkbox"/> 그외 ^た その他

현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? ^{げんざい} 現在 ^{ちりょう} 治療 ^{びょうき} している ^{びょうき} 病 ^気 病 ^気 があります ^か ですか

예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? ^{しゅじゅつ} 手術 ^う を受けた ^{こと} があります ^か ですか

예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否

수혈을 받은 적이 있습니까? ^{ゆけつ} 輸血 ^う を受けた ^{こと} があります ^か ですか

예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否

앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? ^{こんご} 今後、^{つうやく} 通訳 ^{じぶん} を ^つ 自分で ^つ 連れて ^く くる ^こ ことができ ^ま ます ^か ですか

예 ^{はい} 是 아니오 ^{いいえ} 否