

内科問診票/ Internal Medicine Intake Form /内科 问诊表/내과 문진표

ID :
名前/Name of patient/患者姓名/환자성명 :

どうしましたか？/What are your symptom(s) ?/有什么症状？/오늘은 어떤 증상이 있습니까？			
☐ 発熱/Fever/发烧/발열 ☐ だるい/Feel sluggish/ 浑身无力/약하고 연약한 ☐ 息切れ/Shortness of breath/呼吸困难/숨가쁨 ☐ 胸が苦しい/Chest oppression/胸部压迫感/가슴이 아프다 ☐ 高血圧/High blood pressure/高血压/고혈압 ☐ 体重が減っている/Weight loss/体重减轻/체중이 줄다 ☐ 血便/Bloody stool/便血/혈변	☐ のどが痛い Sore throat/ 咽喉痛/목이 아프다 ☐ 胸が痛い/ Chest pain/胸痛/흉통 ☐ 疲れやすい/Get tired easily/容易疲倦/피곤해지기 쉬운 ☐ お腹が痛い/Abdominal pain/腹痛/복통 ☐ しびれ/Numbness/麻木/저림 ☐ お腹が張る/Bloating/腹胀/복부 팽만 ☐ その他/Other/其他/기타	☐ 咳/Cough/咳嗽/기침 ☐ 発疹/Rash/出疹子/발진 ☐ むくみ/Swelling/肿胀/붓기 ☐ 吐き気/Nausea/恶心/메스꺼움 ☐ □が渴く/Dry mouth/干渴/구강건조증 ☐ 食欲がない/Appetite loss/没有食欲/식욕이 없다	☐ 頭痛/Headache/头疼/두통 ☐ 動悸/Palpitation/心悸/심장이 두근두근 ☐ めまい/Dizziness/眩晕/현기증 ☐ 胃が痛い/Stomach ache/胃痛/위가 아프다 ☐ 下痢/Diarrhea/腹泻/설사 ☐ 嘔吐/Vomiting/呕吐/구토

その症状はいつからありますか？/When did the symptom(s) start？/ 该症状是从什么时候开始的？/언제 부터 입니까？		
☐ 今日から/Starting today/ 从今天起/오늘 ☐ 一ヶ月前から/One month ago/一个月以前/한달이상	☐ 昨日から/Since yesterday/ 从昨天开始/어제 ☐ 半年以上前から/More than six months/半个月以上/반년이상	☐ 一週間前から/One week ago/一周以前/일주일

薬や食べ物でアレルギーが出ますか？/Do you have any food or medication allergies？/ 您对药物或食物过敏吗？/약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까？			
☐ 薬/Medication/ 药物/약	☐ 食べ物/Food/ 食物/음식물	☐ その他/Other/ 其他/기타	☐ いいえ/No/ 无/아니요

現在飲んでいる薬はありますか？/Are you currently taking any medications？/ 目前是否有在服用的药物？/현재 복용중인 약이 있습니까？	
☐ はい/Yes/ 有/예	☐ いいえ/No/ 无/아니요

妊娠していますか、またはその可能性はありますか？/Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy？/是否在怀孕，或者有怀孕的可能？/현재 임신중 입니까？ 임신일 가능성이 있습니까？	
☐ はい/Yes/ 是/예	☐ いいえ/No/ 否/아니요

授乳中ですか？/Are you currently breastfeeding？/目前是否在哺乳？/수유중 입니까？	
☐ はい/Yes/ 是/예	☐ いいえ/No/ 否/아니요

裏面も記入してください/Please fill out the reverse side of the form.

请在背面也填写/뒷면에도 기재해 주시기 바랍니다.

今までにかかった病気はありますか？/What illness have you had in the past? / 是否患过以下疾病？/지금까지 걸린 질병이 있습니까？		
☐ 胃腸の病気/Stomach and intestinal disease/ 胃腸疾病/위장질환	☐ 肝臓の病気/Liver disease/ 肝臓疾病/간질환	☐ 心臓の病気/Heart disease/ 心臓疾病/심장병
☐ 腎臓の病気/Kidney disease/ 腎臓疾病/신장병	☐ 結核/Tuberculosis/ 結核/결핵	☐ 糖尿病/Diabetes/ 糖尿病/당뇨병
☐ 喘息/Asthma/ 哮喘/천식	☐ 高血圧/High blood pressure/ 高血圧/고혈압	☐ エイズ/HIV/AIDS/ 艾滋/에이즈
☐ 甲状腺の病気/Thyroid disease/ 甲状腺疾病/갑상선 질병	☐ 梅毒/Syphilis/ 梅毒/매독	☐ その他/Other/ 其他/기타
現在治療している病気はありますか？/Are you currently under medical treatment?/ 有无正在治疗中的疾病？/현재 치료 중인 병이 있습니까？		
☐ はい/Yes/ 有/예 ☐ いいえ/No/ 无/아니요		

手術を受けたことがありますか/Have you had any operation?/ 是否接受过手术治疗？/수술을 받은 적이 있습니까？	
☐ はい/Yes/ 有/예 ☐ いいえ/No/ 无/아니요	
輸血を受けたことがありますか/Have you had a blood transfusion?/ 有无输血经历/수혈을 받은 적이 있습니까？	
☐ はい/Yes/ 有/예 ☐ いいえ/No/ 无/아니요	