

MEDICAL HISTORY

NAME(성함): \_\_\_\_\_ DOB(생년월일): \_\_\_\_\_

Do you have or have you ever had? 과거 또는 현재 아래 경험이 있으면 '있음,' 없으면 '없음'칸에 표기하여 주십시오

		Yes	No			Yes	No
TUBERCULOSIS	결핵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREQUENT HEADACHE	잦은 두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHRONIC COUGH	만성기침	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVOUS BREAKDOWN	신경 쇠약	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHMA	천식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEAD INJURY	머리 부상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAYFEVER	꽃가루 알레르기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAINTING SPELLS	실신	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FREQUENT COLDS	감기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEART TROUBLE	심장질환	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHEST PAINS	가슴 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIGH BLOOD PRESSURE	고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOOD SPITING	피가래	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	당뇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRONCHITIS	기관지염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREQUENT EAR ACHES	잦은 귀통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PNEUMONIA	폐렴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREQUENT SORE THROAT	잦은 목쓰림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOSE BLEEDS	코피	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KIDNEY TROUBLE	신장 문제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SHORTNESS OF BREATH	호흡 곤란	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VENEREAL DISEASE	성병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JAUNDICE	황달	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIFFICULT URINATION	배뇨 곤란	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALARIA	말라리아	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RECTAL TROUBLE	직장 문제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOUT	통풍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHRONIC CONSTIPATION	만성변비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TYPHOID FEVER	장티푸스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERNIA (RUPTURE)	탈장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHEUMATISM	루머티즘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STOMACH ULCERS	위궤양	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLIO	소아마비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACKACHE OR SPRAIN	허리 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARALYSIS	마비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER/TUMORS	암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTHRITIS	관절염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SKIN TROUBLE	피부 질환	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLEURISY	늑막염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICOSE VEINS	하지 적맥류	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SWOLLEN GLANDS	임파선 염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSY/SEIZURE	간질/발작	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS	간염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

현재 복용약 유무?                    예            아니요                    복용약이 있다면, 약명, 복용량을 기재  
 Do you take medication daily?    Yes     No                     if yes, please list: \_\_\_\_\_

수술을 받으신 병력을 가지고 계신가요?    예            아니요                    어떤 종류의 수술인가요?  
 Have you had any operations?            Yes     No                     if yes, what type? \_\_\_\_\_

흡연하시나요?    예            아니요            하루에 몇 가지 흡연?            몇년동안 흡연?  
 Do you smoke?    Yes     No             if yes, how much? \_\_\_\_\_ packs/day.            How many years have you smoked? \_\_\_\_\_

술을 마시나요?                    예            아니요                    보통 얼마나 마시죠?                    얼마나 자주 마시죠?  
 Do you drink alcohol?    Yes     No             If yes, how much? \_\_\_\_\_                    How often? \_\_\_\_\_

Family History: 가족 병력

Is there any history of cancer, hypertension, heart disease, stroke, or diabetes in your family?  
 당신 가족 중에 암이나 고혈압, 심장질환, 뇌졸중 (중풍), 당뇨병을 가진 적이 있나요?

Signature 싸인 \_\_\_\_\_

Date 날짜 -----