



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」に印した人は、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<br>(아래 리스트번호를 기입하셔도 됩니다)<br>/疾患名(下記リスト番号可) |  | 치료경과<br>/治療経過                                                         |                                                                             | 의료기관명<br>/医療機関名 |
|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                |  | <input type="checkbox"/> 치유/治癒<br><input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 | <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中<br><input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療 |                 |
|                                                |  | <input type="checkbox"/> 치유/治癒<br><input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 | <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中<br><input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療 |                 |
|                                                |  | <input type="checkbox"/> 치유/治癒<br><input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 | <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中<br><input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療 |                 |
|                                                |  | <input type="checkbox"/> 치유/治癒<br><input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 | <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中<br><input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療 |                 |

<질환 리스트/疾患リスト>

| 질환의 계통<br>/疾患の系統 |                          | 질환명<br>/疾患名              |                            |                             |                        |                 |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| ①                | 소화기계 질환<br>/消化器系の疾患      | a. 소화관궤양<br>/消化管潰瘍       | b. 간염<br>/肝炎               | c. 간경변<br>/肝硬変              | d. 기타<br>/その他          |                 |
| ②                | 순환기계 질환<br>/循環器系の疾患      | a. 고혈압<br>/高血圧           | b. 협심증/심근경색<br>/狭心症・心筋梗塞   | c. 부정맥<br>/不整脈              | d. 심부전<br>/心不全         | e. 기타<br>/その他   |
| ③                | 호흡기계 질환<br>/呼吸器系の疾患      | a. 천식<br>/喘息             | b. 만성 폐쇄성 폐질환<br>/慢性閉塞性肺疾患 | c. 폐렴<br>/肺炎                | d. 폐결핵<br>/肺結核         | e. 기타<br>/その他   |
| ④                | 신장/비뇨기계 질환<br>/腎・泌尿器系の疾患 | a. 만성신부전<br>/慢性腎不全       | b. 신장/요관결석<br>/腎・尿管結石      | c. 요로감염증<br>/尿路感染症          | d. 기타<br>/その他          |                 |
| ⑤                | 뇌신경계 질환<br>/脳神経系の疾患      | a. 뇌경색<br>/脳梗塞           | b. 뇌출혈<br>/脳出血             | c. 전간<br>/てんかん              | d. 기타<br>/その他          |                 |
| ⑥                | 내분비대사계 질환<br>/内分泌代謝系の疾患  | a. 당뇨병<br>/糖尿病           | b. 고지혈증<br>/高脂血症           | c. 갑상선 기능장애<br>/甲状腺機能障害     | d. 고요산혈증<br>/高尿酸血症     | e. 기타<br>/その他   |
| ⑦                | 뼈/근육의 질환<br>/骨・筋肉の疾患     | a. 관절 류머티즘<br>/関節リウマチ    | b. 골다공증<br>/骨粗鬆症           | c. 변형성 무릎 관절염<br>/変形性膝関節症   | d. 추간판 탈출증<br>/椎間板ヘルニア | e. 통풍<br>/痛風    |
|                  |                          | f. 기타<br>/その他            |                            |                             |                        |                 |
| ⑧                | 산부인과 질환<br>/産婦人科の疾患      | a. 자궁근종<br>/子宮筋腫         | b. 월경관란증<br>/月経困難症         | c. 불임증<br>/不妊症              | d. 기타<br>/その他          |                 |
| ⑨                | 눈 질환<br>/眼の疾患            | a. 백내장<br>/白内障           | b. 녹내장<br>/緑内障             | c. 망막증<br>/網膜症              | d. 기타<br>/その他          |                 |
| ⑩                | 악성종양<br>/悪性腫瘍            | a. 위암<br>/胃がん            | b. 대장암<br>/大腸がん            | c. 간/담낭/췌장암<br>/肝臓・胆のう・膵臓がん | d. 유방암<br>/乳がん         | e. 자궁암<br>/子宮がん |
|                  |                          | f. 폐암<br>/肺癌             | g. 기타<br>/その他              |                             |                        |                 |
| ⑪                | 정신 질환<br>/精神の疾患          | a. 우울증<br>/うつ病           | b. 조현병<br>/統合失調症           | c. 기타<br>/その他               |                        |                 |
| ⑫                | 이비과 질환<br>/耳鼻科の疾患        | a. 난청<br>/難聴             | b. 현기증<br>/めまい             | c. 이명(귀 울림)<br>/耳鳴          | d. 꽃가루 알레르기<br>/花粉症    | e. 기타<br>/その他   |
| ⑬                | 혈액 질환<br>/血液の疾患          | a. 빈혈<br>/貧血             | b. 백혈병<br>/白血病             | c. 기타<br>/その他               |                        |                 |
| ⑭                | 피부 질환<br>/皮膚の疾患          | a. 아토피성 피부염<br>/アトピー性皮膚炎 | b. 백선증(무좀)<br>/白癬症(水虫)     | c. 기타<br>/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 ☒하신 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<br>/疾患名 | 수술명<br>/手術名 | 수술을 한 시기<br>/手術をした時期 | 수술을 받은 의료기관<br>/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<br>/喫煙量    | 흡연기간<br>/喫煙期間       | 흡연을 그만둔 해<br>/喫煙をやめた年 |
|----------------|---------------------|-----------------------|
| _____ 개비/일/本/日 | _____ 년/年 _____ 월/月 | _____ 년/年             |

※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 _____/일/日      | <input type="checkbox"/> 위스키/ウイスキー _____/일/日 |
| <input type="checkbox"/> 사케(일본주)/日本酒 _____/일/日 | <input type="checkbox"/> 와인/ワイン _____/일/日    |
| <input type="checkbox"/> 기타/その他 _____/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.  
/診察でのあなた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 :