

뇌신경외과 문진표/脳神経外科 問診票

환자성명 /患者氏名			의료기관 기입란 /医療機関記入欄	BT=	℃		
생년월일(양력) /生年月日(西暦)	년/年 월/月 일/日 (세/歳)			PR=	/分		
				BP=	mmHg		
				RR=	/分		
신장/체중 / 身長・体重				cm	kg	성별/性別	<input type="checkbox"/> 남성/男性 <input type="checkbox"/> 여성/女性
알레르기 유무 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 음식물/食べ物:			SPO2=			%
	<input type="checkbox"/> 약/薬:						

오늘은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 ☒해 주십시오)  
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☒してください。)

- ☐ 두통/頭痛
- ☐ 두중감/頭重感
- ☐ 현기증/めまい
- ☐ 구역질/吐き気
- ☐ 구토/嘔吐
- ☐ 저림/しびれ
- ☐ 보행장애/歩行障害
- ☐ 시력장애/視力障害 (複視・視野欠損)
- ☐ 손발이 저린다/手足がしびれる
- ☐ 목을 움직이면 아프다/首をうごかすと痛い
- ☐ 의식장애/意識障害
- ☐ 난청/難聴
- ☐ 귀울음/耳鳴
- ☐ 마비/麻痺
- ☐ 말이 잘 안 나오거나 혀가 꼬인다/ことばが出にくい、呂律が回らない
- ☐ 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함)/他の医療機関(健診施設含む)で受診を勧められた
- ☐ 기타/その他:

위 증상이 계속되는 분, 증상은 언제부터 있었습니까?  
/上記症状が持続している方は、この症状はいつからありますか。

\_\_\_\_년/年 \_\_\_\_월/月 \_\_\_\_일/日 오전/午前 / 오후/午後 \_\_\_\_시/時 \_\_\_\_분/分 부터/ごろから

위 증상이 일시적이었던 분, 증상은 언제 시작되고 언제 끝났습니까?  
/上記症状が一時的であった方は、この症状はいつ始まりいつ終わりましたか。

\_\_\_\_년/年 \_\_\_\_월/月 \_\_\_\_일/日 오전/午前 / 오후/午後 \_\_\_\_시/時 \_\_\_\_분/分 경 부터/ごろから

\_\_\_\_년/年 \_\_\_\_월/月 \_\_\_\_일/日 오전/午前 / 오후/午後 \_\_\_\_시/時 \_\_\_\_분/分 경 까지/ごろまで

증상은 어떤 경우에 나타납니까?  
/症状はどのような性質を持っていますか。

- ☐ 끊임없이 계속됨/絶え間なく、続いている
- ☐ 증상이 나타나거나 없어지거나 반복됨/症状が出たり、消えたりしている
- ☐ 점점 악화됨/徐々にひどくなっている
- ☐ 기타/その他

증상은 어떤 경우에 나타납니까?  
/症状はどのような時に現れますか。

- ☐ 아침/朝
- ☐ 점심/昼
- ☐ 저녁/夕方
- ☐ 기상시/起床時
- ☐ 취침중/就寝中
- ☐ 비정기적/不定期
- ☐ 기타/その他

현재 복용중인 약은 있습니까? ※비타민, 영양제, 건강보조식품 포함.  
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい
- ※약 혹은 “약수첩”이 있을 경우 제시해 주십시오.  
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方		약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

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☒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 (아래 리스트번호를 기입 하셔도 됩니다) /疾患名 (下記リスト番号可)		치료경과 /治療経過		의료기관명 /医療機関名
		<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
		<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
		<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
		<input type="checkbox"/> 치유/治癒 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断	<input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	

<질환 리스트/疾患リスト>

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

※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：