

# 안과 문진표

## 眼科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか  
 오른쪽 눈 右眼  왼쪽 눈 左眼  양쪽 다 両眼  
 눈곱이 낀다 目やに  눈물이 나온다 涙が出る  눈이 아프다 痛い  
 다래기 오데키  희미하게 보인다 見えにくい  눈부시다 まぶしい  
 꺼끌꺼끌하다 ゴゴゴする  물건이 이중으로 보인다 物が二重に見える  
 그외 その他

\*언제 부터 입니까? それはいつごろからですか  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

---

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까?  
 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

---

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

---

마취를 한 적이 있습니까? 麻酔をしたことがありますか  
 아니오 無  예 有

---

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか  
 복부질환 腹部の病気  간장병 肝臓の病気  심장병 心臓の病気  
 폐의 질환 肺の病気  에이즈 エイズ  당뇨병 糖尿病  
 고혈압증 高血圧症  매독 梅毒  그외 その他

\*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

---

가족중에 눈병인 사람이 있습니까? 家族で目の病気の人がありますか  
 없다 いない  
 있다 いる → 누가? 誰が \_\_\_\_\_  
 어떤? それはどんな病気ですか \_\_\_\_\_

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご活用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 외과 문진표

## 外科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

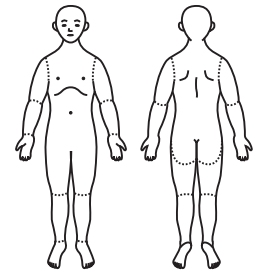
주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

- |   |  |                                 |                    |
|---|--|---------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 복통 腹痛              | <input type="checkbox"/> 위 胃             | <input type="checkbox"/> 장 腸    | * 아픈곳에 ○ 을 표 해 주세요 |
| <input type="checkbox"/> 폐 肺                | <input type="checkbox"/> 담석 胆石           | <input type="checkbox"/> 치질 痔   | その個所に丸印をしてください     |
| <input type="checkbox"/> 배꼽 へそ              | <input type="checkbox"/> 혈변 血便           | <input type="checkbox"/> 종기 おでき |                    |
| <input type="checkbox"/> 목 首                | <input type="checkbox"/> 목(갑상선) のど (甲状腺) | <input type="checkbox"/> 유방 乳房  |                    |
| <input type="checkbox"/> 탈장(헤르니아) 脱腸 (ヘルニア) |  |                                 |                    |
| <input type="checkbox"/> 덩어리 しこり            | <input type="checkbox"/> 상처 けが           |                                 |                    |
| <input type="checkbox"/> 체중감소 体重減少          | <input type="checkbox"/> 그외 その他          |                                 |                    |



\*언제 부터 입니까? それはいつごろからですか

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

복통이라고 답하신 분만 써 주십시오 腹痛と答えた方だけお書きください

\*어디가 아픁니까? どこが痛みますか

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 상복부 上腹部     | <input type="checkbox"/> 오른쪽 하복부 右下腹部 |
| <input type="checkbox"/> 왼쪽 하복부 左下腹部 | <input type="checkbox"/> 하복부 전체 下腹部全体 |

\*마지막으로 식사를 한 시간은 最後に食事をした時間は \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 \_\_\_\_시 時頃

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますか

- 아니오 無  예 有 → \_\_\_\_개월 \_\_\_\_月

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか

- |                                    |                                    |                                    |                                  |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 간장병 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> 신장병 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> 심장병 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> 결핵 結核   |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病   | <input type="checkbox"/> 천식 喘息     | <input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧   | <input type="checkbox"/> 갑상선 甲状腺 |
| <input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ   | <input type="checkbox"/> 그외 その他    |                                    |                                  |

\*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか

- 아니오 いいえ  예 はい

수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血を受けたことがありますか

- 아니오 無  예 有

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術をうけたことがありますか

- 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_세 歳 \_\_\_\_개월 \_\_\_\_月

소개장이 있는 분만 써 주십시오 紹介状のある方だけお書きください

\*차용 렌트겐필름을 가지고 계십니까? レントゲンフィルムを持っていますか

- 아니오 無  예 有

\*차용 내시경필름을 가지고 계십니까? 内視鏡フィルムを持っていますか

- 아니오 無  예 有

produced by 國際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 산부인과 문진표

## 産婦人科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

년 年 \_\_\_\_\_ 월 月 \_\_\_\_\_ 일 日

이름 名前 \_\_\_\_\_ 생년월일 生年月日 \_\_\_\_\_ 년 年 \_\_\_\_\_ 월 月 \_\_\_\_\_ 일 日

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

임신 妊娠  생리불순 月経異常  대하 おりもの  복통 腹痛

빈혈 貧血  종양 폴립  난소낭종 卵巣のう腫瘍

자궁근종 子宮筋腫  부정성기출혈 不正性器出血  성기의 가려움증 性器のかゆみ

불임증 不妊症  암검사 がん検診  그외 その他

월경에 대해서 月経について

\* 첫 생리는 언제였습니까? 初めて生理があったのはいつですか  
 연령 \_\_\_\_\_ 세 才

\* 폐경은 언제였습니까? 閉経はいつですか  
 연령 \_\_\_\_\_ 세 才

\* 생리는 순조롭습니까? 生理は順調ですか  
 아니오 いいえ  예 はい

\* 생리주기 周期について  
 28 일형 28日型  30 일형 30日型  \_\_\_\_\_ 일형 日型  불순 不順

\* 생리지속기간 持続期間について  
 \_\_\_\_\_ 일간 日間

\* 생리량 生理の量について  
 많다 多い  보통 普通  적다 少ない

\* 생리통 生理痛について  
 아니오 無  예 有 →  하복부 下腹部  요통 腰痛  그외 その他

\* 최종 월경은 最終月経は  
 언제부터 \_\_\_\_\_ 년 年 \_\_\_\_\_ 월 月 \_\_\_\_\_ 일 日から \_\_\_\_\_ 일간 日間

임신경력 妊娠歴

임신 妊娠 \_\_\_\_\_ 회 回

분만 分娩 \_\_\_\_\_ 회 回 →  정상분만 正常分娩 \_\_\_\_\_ 회 回

유산 流産 \_\_\_\_\_ 회 回 →  이상분만 異常分娩 \_\_\_\_\_ 회 回

자연유산 自然流産 \_\_\_\_\_ 회 回

인공유산 人工流産 \_\_\_\_\_ 회 回

그외 その他 →  자궁외 임신 子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 회 回  포상기태 胎状奇胎 \_\_\_\_\_ 회 回

임산부는 당 병원에서 낳을 것을 희망합니까? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか  
 아니오 いいえ  예 はい

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

과거에 암검사를 받은 적이 있습니까? がん検診を受けたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → \_\_\_\_\_ 년 年 \_\_\_\_\_ 월 月 \_\_\_\_\_ 일 日

지금까지 걸린 병 過去にどのような病気をしましたか

간장병 肝臓の病気  신장병 腎臓の病気  심장병 心臓の病気  결핵 結核症

성병 性病  에이즈エイ즈  고혈압 高血圧症  중수염 虫垂炎

류마치스 リウマチ  그외 その他

\* 그 병은 다 나았습니까? その病気はなりましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術をうけたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_\_ 세 歳 \_\_\_\_\_ 개월 ヶ月

수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血をうけたことがありますか  
 아니오 無  예 有

가족에 관해 家族の病歴

	연령 年齢	건강 健康	건강하지 않음 健康でない	유전병 遺伝病	고혈압 高血圧	당뇨병 糖尿病	암 癌
친아버지 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
친어머니 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자매 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남편 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자식 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 國際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトににて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 치과 문진표

## 齒科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

년 年 월 月 일 日

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_\_ 년 年 \_\_\_\_\_ 월 月 \_\_\_\_\_ 일 日

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか  
 이가 아프다 歯が痛い  잇몸이 아프다 歯茎が痛い  입냄새  臭  
 충치를 치료하고 싶다 虫歯の治療をしてほしい  이를 때웠던 것이 빠졌 詰め物がとれた  
 치열을 교정하고 싶다 歯並びを治したい  치석제거 歯石・歯垢除去  
 의치가 망가졌다 入れ歯がこわれた  의치(틀니)를 만들고 싶다 入れ歯を作りたい  
 검진 検診  그외 その他

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까?  
 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

마취를 한 적이 있습니까? 麻酔をしたことがありますか  
 아니오 無  예 有

이를 뽑은 적이 있습니까? 歯を抜いたことがありますか  
 아니오 無  예 有

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性があります  
 아니오 無  예 有 → \_\_\_\_\_ 개월 ヶ月

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか  
 위장질환 胃腸の病気  간장질환 肝臓の病気  신장질환 腎臓の病気  심장질환 心臓の病気  
 폐의 질환 肺の病気  당뇨병 糖尿病  고혈압증 高血圧症  결핵 結核  
 천식 喘息  매독 梅毒  에이즈 エイズ  그외 その他

\*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

어떤 치료를 원하십니까? 治療に対する希望  
 나쁜 부분은 전부 치료하고 싶다 悪いところは全て治したい  
 지금 아픈 이빨만 치료하고 싶다 今痛んでいる歯だけを治したい  
 보험범위내에서 치료하고 싶다 自費診療でもかまわない  
 사비진료라도 상관없다 保険の範囲内で治したい  
 상담해서 결정하고 싶다 相談の上決めたい

produced by 國際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 이비인후과 문진표

## 耳鼻咽喉科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

발열 (\_\_\_\_℃) 発熱  머리가 아프다 頭が重い  머리가 무겁다 頭が痛い

\* 귀의 증상 耳の症状

오른쪽 右  왼쪽 左  양쪽 両方

귀가 아프다 耳が痛い  귀에 진물 耳だれ  귀가 울림 耳なり

귀지 耳あか  난청 聞こえが悪い  어지럽다 めまい

귀가 막힌 듯한 느낌 耳がふさがった感じ

\* 코의 증상 鼻の症状

코가 막힌다 鼻がつまる  콧물이 나다 鼻がでる  재채기 しゃみ

코골이 いびき  코피 鼻血

냄새를 못맡는다 においがわからない

\* 목의 증상 のどの症状

혀가 아프다 舌が痛い  기침 咳  목이 아프다 喉が痛い

목에 뭔가 걸린 것 같은 느낌 喉に何かある感じ  삼키기가 어렵다 飲みみにくい

가래 たん  목소리가 갈라진다 声がかれる

얼굴, 목의 부기 顔・頸部(くび)の腫れ

그외 その他 \_\_\_\_\_

언제부터 입니까? それはいつごろからですか  
 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 \_\_\_\_日から

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他 \_\_\_\_\_

현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신 중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますか  
 아니오 いいえ  예 はい → \_\_\_\_\_개월 \_\_\_\_ヶ月

술을 마십니까? お酒を飲みますか  
 안마신다 飲まない  마신다 飲む → \_\_\_\_\_ml/일 ml/日

담배를 피웁니까? 煙草を吸いますか  
 안핀다 吸わない  핀다 吸う → \_\_\_\_\_개피/일 本/日

입원하신 적이 있습니까? 入院をしたことがありますか  
 아니오 無  예 有

수술을 받은 적이 있습니까? 手術をうけたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_\_세 歳 \_\_\_\_\_개월 \_\_\_\_ヶ月

produced by 國際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 소아과 문진표

## 小児科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

어린이 이름 子供の名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうされましたか  
 발열 (\_\_\_\_℃) 発熱  경련을 일으킨다 ひきつけをおこす  
 짜증을 부린다 機嫌が悪い  기운이 없다 元気がない  
 분유를 잘 안먹는다 ミルクの飲みが悪い  체중증가 불량 体重増加不良  
 설사下痢  기분이 안좋다 気持ちが悪い  그외 その他  
 \*언제 부터 입니까? それはいつごろからですか  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  계란 卵  우유 牛乳  
 기타 음식물 食べ物  그외 その他

아이가 먹을수 있는 약 どんな種類の薬が飲めますか  
 물약水薬  가루약 粉薬  알약 또는 캡셀 錠剤またはカプセル

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

출산상태 出産の状態はどんなでしたか  
 아기체중 \_\_\_\_g 赤ちゃんの体重 어머니연령 \_\_\_\_ 母親の年齢  
 정상분만 正常分娩  이상분만 異常分娩  제왕절개 帝王切開

접종을 마친 예방주사 接種済み予防注射:  
 풍진 風疹  수두 水痘  마진 麻疹  
 볼거리 おたふく風邪  투베르쿨린반응 TBC ツベルクリン反応  
 소아마비 小児麻痺  BCG  3종혼합ワクチン 三種混合ワクチン  
 그외 その他

과거에 어떤 병을 앓았습니까? 過去にどのような病気をしましたか  
 풍진 風疹  수두 水痘  마진 麻疹  
 천식 喘息  볼거리 おたふく風邪  백일해 百日咳  
 돌발성 발진 突発性発疹  가와사키열 川崎病  열성경련 熱性痙攣  
 일본뇌염 日本脳炎  충수염 虫垂炎  그외 その他  
 \*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

입원하신 적이 있습니까? 入院をしたことがありますか  
 아니오 無  예 有

수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_세 \_\_\_\_개월 \_\_\_\_일

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつておりますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 정형외과 문진표

## 整形外科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_\_년 年 \_\_\_\_\_월 月 \_\_\_\_\_일 日

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

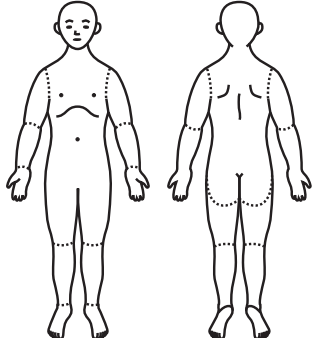
\* 어떻게 안 좋습니까? どんな症状ですか

아프다 痛い  
 저리다 しびれている  
 부어있다 腫れている  
 비틀었다 ひねった  
 그외 その他

\* 언제 부터 입니까? それはいつごろからですか

\_\_\_\_\_년 年  
 \_\_\_\_\_월 月  
 \_\_\_\_\_주 週  
 \_\_\_\_\_일 日

\* 아픈곳에 ○ 을 표 해 주세요  
 その個所に丸印をしてください



약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까?  
 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますか

아니오 無  예 有 → \_\_\_\_\_개월 ヶ月

최종월경 最終月経は  
 \_\_\_\_\_년 年 \_\_\_\_\_월 月 \_\_\_\_\_일 日

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか

위장질환 胃腸の病気  간장질환 肝臓の病気  신장질환 腎臓の病気  심장질환 心臓の病気  
 폐의 질환 肺の病気  당뇨병 糖尿病  고혈압증 高血圧症  결핵 結核  
 천식 喘息  매독 梅毒  에이즈 エイズ  그외 その他

\* 그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか

아니오 いいえ  예 はい

수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血を受けたことがありますか

아니오 無  예 有

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか

아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_\_세 歳 \_\_\_\_\_개월 ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 내과문진표

## 内科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 열이 있다 ( ____ °C ) 熱がある	<input type="checkbox"/> 목이 아프다 喉が痛い
<input type="checkbox"/> 두통 頭痛	<input type="checkbox"/> 가슴이 아프다 胸痛
<input type="checkbox"/> 위통 胃痛	<input type="checkbox"/> 두근거림 動悸
<input type="checkbox"/> 기침 咳	<input type="checkbox"/> 목이 마르다 口渇
<input type="checkbox"/> 부종 むくみ	<input type="checkbox"/> 저리 しびれ
<input type="checkbox"/> 가슴에 압박감 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> 구역질 吐き気
<input type="checkbox"/> 구토 嘔吐	<input type="checkbox"/> 설사 下痢
<input type="checkbox"/> 식욕부진 食欲不振	<input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧
<input type="checkbox"/> 체중감소 体重の減少	<input type="checkbox"/> 나른하다 だるい
	<input type="checkbox"/> 복부 팽만감 腹が張っている感じ
	<input type="checkbox"/> 혈변 血便
	<input type="checkbox"/> 쉽게 피곤해 진다 疲れやすい
	<input type="checkbox"/> 그외 その他

\*언제 부터 입니까? いつからですか  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますが  
 아니오 無  예 有 → \_\_\_\_개월 \_\_\_\_月

최종월경 最終月経は  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 위장질환 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 간장질환 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 신장질환 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 심장질환 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 폐의 질환 肺の病気	<input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病	<input type="checkbox"/> 고혈압증 高血圧症	<input type="checkbox"/> 결핵 結核
<input type="checkbox"/> 천식 喘息	<input type="checkbox"/> 매독 梅毒	<input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ	<input type="checkbox"/> 그외 その他

\*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血を受けたことがありますか  
 아니오 無  예 有

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_세 \_\_\_\_歳 \_\_\_\_개월 \_\_\_\_月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 뇌신경외과 문진표

## 脳神経外科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

년 年 월 月 일 日

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 年 \_\_\_\_\_ 月 月 \_\_\_\_\_ 日 日

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか

두통 頭痛  현기증 めまい  구역질 吐き気  귀울림 耳鳴り  
 어깨결림 肩こり  몸이 저림 体のしびれ  난청 聞こえにくい  걸기 힘들다 歩きにくい  
 사물이 희미하게 보인다 物がみえにくい  의식이 없어진다 意識がなくなる  
 팔다리의 움직임이 나쁘다 手足の動きが悪い  그외 その他

\* 언제부터 입니까? それはいつからですか  
 \_\_\_\_\_ 年 年 \_\_\_\_\_ 月 月 \_\_\_\_\_ 日 日

머리를 부딪혔습니까? 頭をぶつけましたか  
 아니오 いいえ  예 はい → \_\_\_\_\_ 年 年 \_\_\_\_\_ 月 月 \_\_\_\_\_ 日 日

\* 어디를 부딪혔습니까? どこをぶつけましたか  
 전두부 前頭部  후두부 後頭部  오른쪽 옆 右横  왼쪽 옆 左横

\* 교통사고입니까? 交通事故ですか  
 아니오 いいえ  예 はい

두통이 있는 분만 답해 주세요 頭痛のある方はお答え下さい

\* 어디가 아릅니까? どこが痛みますか  
 전두부 前頭部  후두부 後頭部  오른쪽 옆 右横  
 왼쪽 옆 左横  머리전체 頭全体

\* 어떤 통증입니까? どのように痛みますか  
 욱신욱신 스킨즈스킨 (深く強い)  몹시 아프다(땡땡) ガンガン(太鼓が強く鳴っている)  
 쏘쏘 쏘신다 キラキラ (鋭く、刺さるように)  따금따금 아프다 チクチク (強くはないが鋭く)  
 머리가 깨질 것처럼 ガンと(頭蓋骨が)割れるように  그외 その他

\* 하루중 언제가 가장 아릅니까? 一日の内でいつが一番痛みますか  
 아침 朝  점심 昼  저녁 夜  하루종일 一日中

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますが  
 아니오 いいえ  예 はい → \_\_\_\_\_ 개월 ヶ月

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか  
 당뇨병 糖尿病  고혈압증 高血圧症  에이즈 エイズ  
 결핵 結核  매독 梅毒  그외 その他

\* 그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

수혈을 받은 적이 있습니까? 輸血を受けたことがありますか  아니오 いいえ  예 はい

술을 마십니까? お酒を飲みますか  안마신다 飲まない  마신다 飲む → \_\_\_\_\_ ml/일 ml/日

담배를 피웁니까? 煙草を吸いますか  안핀다 吸わない  핀다 吸う → \_\_\_\_\_ 개피/일 本/日

수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_\_ 세 歳 \_\_\_\_\_ 개월 ヶ月

produced by 國際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

# 피부과 문진표

## 皮膚科問診票

해당 항목에  를 해 주십시오.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

이름 名前  남 男  여 女  
 생년월일 生年月日 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

주소 住所 \_\_\_\_\_ 전화번호 電話 \_\_\_\_\_

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?  
 아니오 無  예 有

국적 国籍 \_\_\_\_\_

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか \* 아픈곳에 ○ 을 표 해 주세요  
 \* 어떻게 안좋습니까? どんな症状ですか その個所に丸印をしてください

아프다 痛い  무좀 水虫  
 가려움 かゆい  화상 やけど  
 발진 発疹  습진 湿疹  
 점 ほくろ  멍 あざ  
 상처가 깊어서 진무름 じくじくしている  
 기미 しみ  그외 その他

\* 언제부터 입니까? いつごろからです  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 日から

\* 증상이 변하고 있습니까? その症状は変化してきていますか  
 아니오 いいえ  예 はい



약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까?  
 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 아니오 無  예 有 →  약 薬  음식물 食物  그외 その他

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 아니오 無  예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、また可能性がありますが  
 아니오 無  예 有 → \_\_\_\_개월 \_\_\_\_ヶ月

최종월경 最終月経は  
 \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか  
 위장질환 胃腸の病気  간장질환 肝臓の病気  신장질환 腎臓の病気  심장질환 心臓の病気  
 폐의 질환 肺の病気  당뇨병 糖尿病  고혈압증 高血圧症  결핵 結核  
 천식 喘息  매독 梅毒  에이즈 エイズ  그외 その他

\* 그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか  
 아니오 いいえ  예 はい

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? 手術をうけたことがありますか  
 아니오 無  예 有 → 연령 年齢: \_\_\_\_세 \_\_\_\_개월 \_\_\_\_ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。