

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

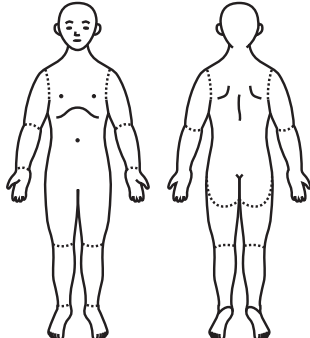
* 어떻게 안 좋습니까? どんな症状ですか

아프다 痛い
 저리다 痺れている
 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。