

표준진료상담 문진표(의사소통 장애자)

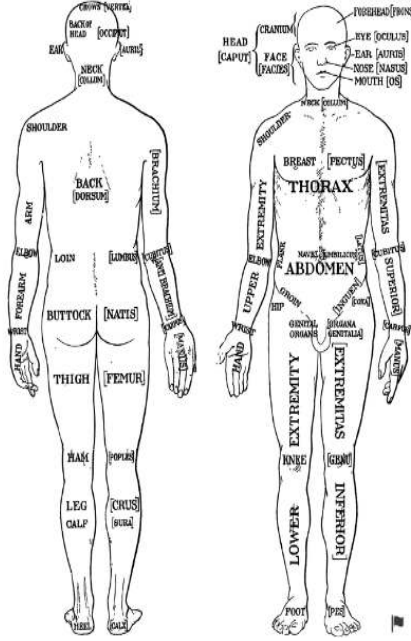
* 아래 질문 내용에 해당되는 “□”칸에 표시하거나 직접 기재해 주세요

1. 처음 방문이십니까?

예 / 아니오

2. 아픈 부위는?

- 머리 / 눈 / 코 / 입
 귀 / 혀 / 목 / 가슴
 등 / 배 / 옆구리 / 손
 발 / 팔 / 다리 / 엉덩이
 기타(직접 기재)



3. 아픈 증상은?

- 두통, 편두통 치통 생리통 인후통 기침
 열 가려움증 두드러기
 기타 (직접 기재)

4. 과거 병력 없다 당뇨병 고혈압 천식 중양 폐결핵 간염 기타(병력기재)
 가족 병력 없다 당뇨병 고혈압 천식 중양 폐결핵 간염 기타(병력기재)
 입원 경험 없다 있다 (기재 :)
 수술 경험 없다 있다 (기재 :)

5. 검사 및 투약을 위한 고려 사항

- (1) 알러지 없다 있다 (음식 : /약물:)
 (2) 복용중인 약물 없다 있다 (약품명 :)
 (3) 부작용 약물 없다 있다 (약품명 :)
 (4) 임신 중(여성만) 아니오 예 임신중이라면 몇개월입니까? ()
 (5) 수유 중(여성만) 아니오 예

6 음주 안한다 한다 (양 : /일 기간 :)

7 흡연 안한다 한다 (양 : /일 기간 :)

8 기타 진료 상담 및 처방 시 의사가 알아야 할 사항 또는 하고 싶은 말(자유 기재)