

エスニコ問診票 에스니코 문진표

韓国語訳版 한국어판 JH-1802

年 月 日 曜日

년 월 일 요일

以下の問診票にご記入ください。

아래 문진표를 기입해 주세요.

日本語能力 일본어 능력	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる 자유롭게 할 수 있다	<input type="checkbox"/> 少し話せる 조금 할 수 있다	<input type="checkbox"/> 全く話せない 전혀 할 수 없다		
来院目的は？ 내원 목적은?	<input type="checkbox"/> 診察 진찰	<input type="checkbox"/> 処置・治療 처치・치료	<input type="checkbox"/> 入院 입원	<input type="checkbox"/> 検査 검사	<input type="checkbox"/> その他 기타
どういう症状がありますか？ 自覚症状をいくつかでも チェックして下さい。 어떤 증상이 있습니까? 자각 증상을 있는 대로 체크해 주세요.	<input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している <input type="checkbox"/> 気分が悪い 부상 교통사고 통증이 있음 신체 일부가 마비됨 불쾌감 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 痒い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 浮腫む <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 息苦しい 현기증 가려움 저림 부어 오름 토혈 숨이 참 답답함 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> 震え <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 식은땀 오한 무기력함 불안감 발열 발진 설사 변비 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> たんが出る 식욕부진 빈뇨 구역질 콧물이 나옴 인두통 가래가 나옴 <input type="checkbox"/> 生理がない <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> その他 생리가 없음 생리통 응어리가 있음 기타				
それはいつからですか？ 그 증상은 언제부터입니까?	<input type="checkbox"/> 何分前から <input type="checkbox"/> 何時間前から <input type="checkbox"/> 何日前から <input type="checkbox"/> 何週間前から 몇 분 전부터 몇 시간 전부터 며칠 전부터 몇 주 전부터 <input type="checkbox"/> 何ヶ月前から <input type="checkbox"/> 何年前から 몇 개월 전부터 몇 년 전부터				
女性の方、妊娠の可能性は ありますか？ 여성 분인 경우, 임신 가능성이 있습니까?	<input type="checkbox"/> ない 없다	<input type="checkbox"/> わからない 모른다	<input type="checkbox"/> ある 있다	<input type="checkbox"/> 妊娠何ヶ月ですか？ 임신 몇 개월입니까?	
今日保険証を 持って来ましたか？ 오늘 보험증을 가져 오셨습니까? 見せてください。 보험증을 보여 주세요.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた 가져 오는 것을 잊어버렸다 ☆今日は自費でお支払いいただき次回保険証をお持ちになったときに 還付の取り扱いをします。 오늘은 자비로 지불하시고 다음에 보험증을 가져오시면 환불해 드리겠습니다. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる 番号 보험증 번호는 안다 번호 <input type="checkbox"/> もともと保険証がない 원래 보험증이 없다				

<p>自分の体の中で様子の おかしい部分はどこですか？ 자신의 신체 부위 중 불편한 곳이 있습니까?</p> <p>絵にも記してください。 그림에도 표시해 주세요.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭 머리 <input type="checkbox"/> 顔 얼굴 <input type="checkbox"/> 目 눈 <input type="checkbox"/> 耳 귀 <input type="checkbox"/> 口 입 <input type="checkbox"/> 歯 치아 <input type="checkbox"/> 喉頭 인두 <input type="checkbox"/> 首 목 <input type="checkbox"/> 肩 어깨 <input type="checkbox"/> 肘 팔꿈치 <input type="checkbox"/> 胸 가슴 <input type="checkbox"/> 腹 배 <input type="checkbox"/> 背中 등 <input type="checkbox"/> 指 손가락 <input type="checkbox"/> 膝 무릎 <input type="checkbox"/> かかと 발뒤꿈치 <input type="checkbox"/> 脚 다리 	
---	---	--

この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。
 営利目的のために無断でコピー、販売、使用、することを禁じます。 特定非営利活動法人 エスニコ
 이 건강 문진표(한글판)는 외국인 의료 지원을 위해 NPO 법인 에스니코가 독자적으로 작성한
 것입니다. 영리를 위해 무단으로 복사, 판매, 사용하는 것을 금합니다. NPO 법인 에스니코