

SFSMG Patient History Form (KOREAN)

Today's Date: (오늘 날짜) ____/____/____

Name: _____

Birthdate: (생년월일) ____/____/____

First (첫째로) Middle (중간) Last (마지막)

Month (달) Day (일) Year (년) Age (나이)

What would you preferred to be called? (뭘 원하느라고 불러 줄래?) _____

**Phones: (전화) Home: (가정) _____ Work: (일) _____ Cell: (손전화) _____

Your preferred pharmacy's name (당신의 약학 이름) _____ Location: (위치) _____

Your approximate weight _____ lbs (당신의 대략 무게) Height: (고도) ____ feet ____ inches

Do you have a **latex allergy**? (당신은 유액 알레르기가 있는가) Yes / No Reaction: (반응) _____

Are you allergic to **iodine**? (당신은 요오드화물에 알레르기성 인가) Yes / No Reaction: (반응) _____

Do you have a **pacemaker / defibrillator / port**? (If yes, please circle and answer question below)

당신은 / 제세 동기는 맥박 조절기 있나요? (그렇다면, 아래의 질문에 대답하십시오)

If so, what is the Manufacturer's Name: _____, Model Number: _____

그렇다면 제조 업체의 이름은 무엇입니까 : _____, 모델 번호 : _____

Main concern / reason for today's visit: (오늘 방문을 위한 이유)

Please list the doctors you frequently visit and why: (당신이 자주와 왜 방문하는 닥터를 목록으로 만드십시오)

| | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Doctor: (닥터) | Reason: (이유) | Doctor: (닥터) | Reason: (이유) |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Please list the prescription medications that you take regularly and why:

(당신이 정기적으로 가지고 가는, 그리고 왜 처방전 약물을 목록으로 만드십시오)

| | | | |
|------------------|--------------|------------------|--------------|
| Medication: (약물) | Reason: (이유) | Medication: (약물) | Reason: (이유) |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Do you take Aspirin / Coumadin / Warfarin / Plavix? (*Please circle if yes*)

(당신은 가지고 간다 Aspirin / Coumadin / Warfarin / Plavix? 만약에 그렇습니다 도십시오)

Please list the prescription medications that you are allergic to:

(당신이 알레르기성에 이다 처방전 약물을 목록으로 만드십시오)

| | | | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|
| Medication: (약물) | Reaction: (반응) | Medication: (약물) | Reaction: (반응) |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Please list your previous surgeries and the approximate date: (당신의 이전 수술 및 대략 날짜를 목록으로 만드십시오)

Have you ever smoked? Yes/No (당신은 이제까지 연기가 나는가 것이? Yes/No) How much? (얼마지) _____

Are you currently smoking? Yes/No (지금 연기가 나 당신은 이다? Yes/No) # of years (년의 수) _____

Do you drink alcohol? Yes/No (당신은 알콜을 마시는가? Yes/No) How much? (얼마지) _____

Has anyone in your family had any of the following cancers (please circle)?

(당신의 가족에서 누군가가 경험했다 뒤에 오는 암의 무엇이든을 있다 (도십시오))

Colon (결장) / rectal (직장) / uterine (자궁) / breast (유방) / colon polyps (결장) / other (다른 사람): _____

Relationship to you (당신에게 관계) _____

At what age were they diagnosed? (그들은 무슨 나이에 진단되었는가) _____

Other areas of your body that are currently affecting you: 지금 당신에 영향을 미치고 있는 당신 몸의 다른 지역은 (돈다)

| | |
|---|---|
| General: | fatigue (피로 회복) / fever (발열) / weight loss (체중 감량) or gain (또는 이득) / night sweats (야간 추러닝) / trouble sleeping (문제가 수면) |
| Eyes: | poor vision (불쌍한 시력) / wear glasses (착용 안경) or contacts (또는 주소록) / cataracts (백내장) / glaucoma (녹내장) |
| Ears, Nose, Throat: | hearing difficulty (어려움을 듣고) / ringing (둥글게) / vertigo (현기증) / runny nose (콧물) / sinus congestion (부비동 혼잡) / post-nasal drip (포스트 비강 똑) / nasal allergies (비강 알레르기) / nose bleeds (코피) / snoring (쿨쿨) / hoarseness (목쉬게하는 것) / sleep apnea (가사 수면) / pain in jaw when chewing (턱뼈에 통증 씹는 때) / thyroid problems (갑상선 문제) / difficulty swallowing (어려움을 삼키는) / frequent sore throats (빈번한 인후통) / speech problems (음성 문제) / dental problems (치과 문제) / tongue problems (혀 문제) |
| Respiratory : | wheezing (wheezing) / asthma (천식) / shortness of breath (호흡 곤란) / cough (기침) / TB (결핵) |
| Heart/Vascular: | murmur (중얼거리다) / palpitations (palpitations) / valve problems (밸브 문제) / chest pain or angina (가슴 통증이나 협심증) / poor circulation (불쌍한 순환) / pain in legs while walking (다리에 통증 걷는 동안) / congestive heart failure (울혈 심장 마비) / hypertension (고혈압) |
| Gastrointestinal: | colitis (대장염) / ulcer (궤양) / heartburn (가슴앓이) or indigestion (또는 소화 불량) / Barrett's esophagus (배렛의 식도) / polyps (폴립) / constipation (변비) / diarrhea (설사) / jaundice (황달) / abdominal pain (복통) / vomiting (구토) |
| Genito-Urinary: | urinary frequency (비뇨기 주파수) / burning (레코딩) / pain (고통) / kidney stones (신장 돌) / urinary penile or vaginal blood (비뇨기 성기 또는 질 혈액) / warts (사마귀) / herpes (수포진) / impotence (무력) / enlarged prostate (확대 전립선) / urinary incontinence (요실금) / UTI(요로 감염) |
| Musculoskeletal: | arthritis (관절염) or joint pain (또는 관절통) / muscle cramps (근육 경련) / back pain (허리 통증) / sciatica (좌골 신경통) |
| Skin: | rash (발진) / hives (두드러기) / itching (가려움증) / dryness (건조) / hair or nail changes (머리카락이나 손톱 변경) / skin cancer (피부암) |
| Neurologic: | headache (두통) / seizures (발작) / fainting (기절) / dizziness (현기증) / numbness (얼어서 고움) / tingling (간지) / stroke (행정) / memory loss (기억 상실) / tremor (떨림) |
| Hematologic/Lymphatic: | easy bruising (쉽게 멍이) or bleeding (또는 출혈) / history of transfusion (수혈의 역사) / swollen lymph nodes (부푼 림프절) |
| Immunologic/Allergy: | diabetes (당뇨병) / autoimmune disorder (면역 장애) / environmental allergies (환경 알레르기) |
| Psychiatric: | depression (불경기) / anxiety (걱정) / stress (스트레스) / excess worry (초과 걱정) / drug or alcohol issues (약물 또는 알코올 문제) |
| Other symptoms or issues not listed above: | (기타 증상 이상 나열되지 않은 문제 :) |

Nothing above (아무것도 위)