

당신의 능력의 최선을 다음과 같은 질문에 응답하십시오:

현재 드시는 약들을 적으십시오 _____

알러지가 있습니까? (약물, 주사) _____

병원에 입원한 적이 있거나 수술 또는 오랫동안 치료를 받으신 적이 있습니까?

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|
| 고혈압 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 종양 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 간염 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 당뇨병 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 암 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 에이즈 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 심장병 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 결핵 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 담석 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 중풍 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 관절염 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 갑상선 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 빈혈 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 위궤양 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 우울증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |

최근에 이런 증상이 있으셨습니까:

| | | | | | |
|--------|--|---------|--|-------------|--|
| 체중 감소 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 가슴 통증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 허리통 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 과도한 갈증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 부정맥 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 복부 통증 / 속쓰림 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 빈번한 배뇨 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 호흡 곤란 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 관절 통증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 두통 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 오랫동안 기침 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 배뇨에 통증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 기절 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 청력 손실 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 소변에 피 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 우울증 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 시력 상실 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 비정상적이거나 혈변 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |

당신은 담배를 피십니까? 핀다 얼마나 피시나요 _____ 과거에 피었다 전혀

당신은 2잔 이상의 알콜 음료를 하루에 마시세요? yes no

당신은 헤로인 라이이션 마약을 사용합니까? yes no

귀하의 직업은 무엇입니까 _____ 당신은 최근에 직장에서 다친 적이 있습니까? yes no

최근에 아래 병력 중 적어도 하나 있었습니까

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|--------|--|
| 암 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 당뇨병 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 결핵 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| 심장병 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 고혈압 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | other: | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |

예방접종
 예방접종하신 것은?

| | | | | | |
|----|--|-------------|--|-------------|--|
| 폐렴 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 파상풍 / 디프테리아 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 유행성 이하선염/홍역 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
|----|--|-------------|--|-------------|--|

여성분만 해당됨 (6개월간)

| | | | | | |
|-----------|--|--------------|--|-------------|--|
| 가슴 응어리/방전 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 음순 가려움증 / 방전 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 비정상적인 월경 출혈 | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
|-----------|--|--------------|--|-------------|--|

마지막 생리 날짜 _____ 마지막으로 자궁 세포진 검사의 날짜 _____

마지막 유방암검사 날짜 _____ 당신은 피임을 어떻게 사용합니까? _____

"I hereby certify that to the best of my knowledge, the foregoing answers are complete and correct."

Patient Signature _____

Date _____

Provider Signature _____

Date _____

Hun Kang M.D.
 Family Practice
 2900 West 8th Street
 Los Angeles CA 90005
 213-382-7022

Patient Name _____
 Last First Middle
 DOB _____ Medical Record # _____
 Social Security/CSC Number _____