

[청각장애인 외래 진찰 문진표]

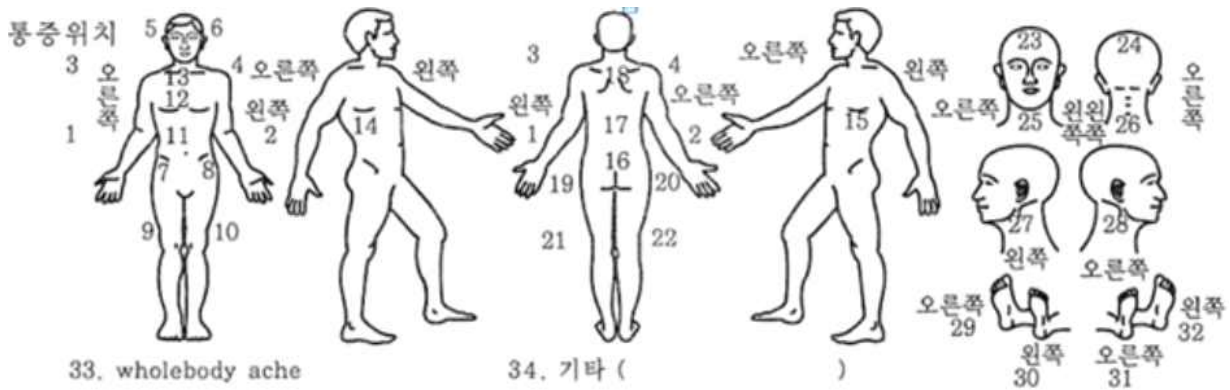
1. 지금 가장 불편한 증상을 체크해 주세요!(해당하는 곳에 ○표, 또는 V로 체크해 주십시오)

오심/구토/설사/변비	의식소실	발열/오한	호흡곤란	기침/가래
두통/흉통/복통	현기증	직접기재 :		

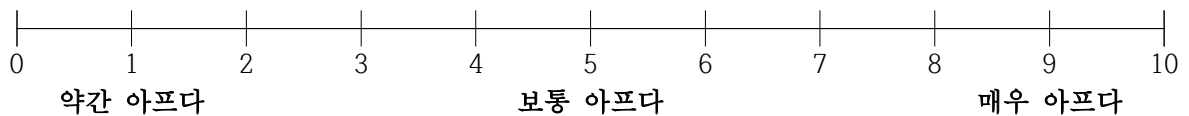
2. 현 증상과 관련하여 타병원 진료 받은 적이 있습니까? ☐없다 ☐있다

3. 진료의뢰서, 소견서, 검사결과지, 영상자료(CD)가 있습니까? ☐없다 ☐있다

통증이 있다면 해당 부위에 체크해 주십시오.



통증 강도는 숫자로 표기해 주십시오.(점)



5. 음주 ☐안한다 ☐한다 (양 : /일 기간 :)

6. 흡연 ☐안한다 ☐한다 (양 : /일 기간 :)

7. 과거력 ☐없다 ☐당뇨병 ☐고혈압 ☐천식 ☐중양 ☐폐결핵 ☐간염 ☐기타

8. 입원 경험 ☐없다 ☐있다 (기재 :)

9. 수술 경험 ☐없다 ☐있다 (기재 :)

10. 검사 및 투약을 위한 고려 사항

(1) 알러지 ☐없다 ☐있다 (음식 : /약물:)

(2) 최근 복용한 약물 ☐없다 ☐있다 (약품명 :)

(3) 임신 중 ☐아니오 ☐예

(4) 수유 중 ☐아니오 ☐예

진료 유형별 진찰 문진표

(해당하는 곳에 ○표, 또는 V로 체크해 주십시오)

낙상 경험	☐ 없다 ☐ 있다 (시기: _____ /장소: _____)	
피부	피부상태	☐ 물집 ☐ 상처 ☐ 반점 ☐ 욕창 ☐ 간지러움 ☐ 두드러기 ☐ 부종 (부위: _____)
	피부색깔	☐ 정상 ☐ 창백 ☐ 홍조 ☐ 청색증 ☐ 황달 (부위: _____)
	발생원인	☐ 넘어짐 ☐ 베임 ☐ 화상 ☐ 기타(_____) (부위: _____)
소화기계	☐ 오심 ☐ 구토 ☐ 토혈 ☐ 소화장애 ☐ 연하곤란 ☐ 복부팽만 ☐ 복부통증	
호흡·순환기계	☐ 호흡곤란 ☐ 가래 ☐ 기침 ☐ 객혈 ☐ 청색증 ☐ 가슴통증 ☐ 식은땀 ☐ 기관절개관 (기타: _____)	
신경계	신경근육	☐ 무감각/저림 ☐ 통증 (부위: _____)
	마비	☐ 없다 ☐ 있다 (부위: _____)
	인지력	☐ 시간 ☐ 장소 ☐ 사람
대변	____회/일 ☐ 설사 ☐ 변비 ☐ 변실금 (기타: _____)	
소변	☐ 너무 자주 본다 ☐ 보통 ☐ 너무 적게 본다 ☐ 혈뇨 ☐ 요실금 ☐ 배뇨 곤란 ☐ 기저귀 사용	
수면상태	수면 시간 _____시간/일 수면장애 ☐ 없다 ☐ 있다	
치아상태	☐ 영구치 ☐ 의치 ☐ 부분의치 (기타: _____)	
산과정보	출산력	☐ 임신 ____회 ☐ 출산 ____회 ☐ 유산 ____회 ☐ 자녀 ____명
정신건강계	☐ 불안 ☐ 초조 ☐ 화남 ☐ 우울 ☐ 수면장애	