

**새 환자용 의료 설문 / New Patient Medical Questionnaire**

날짜 / DATE: \_\_\_\_\_

환자 성함 / Patient Name: \_\_\_\_\_ 생년월일 / Date of Birth: \_\_\_\_\_ 나이 / AGE: \_\_\_\_\_

차 진료의 / Primary Care Physician: \_\_\_\_\_

다른 의사 / Other Physicians: \_\_\_\_\_

어떤 의사가 이 상담을 요청했습니까? / What physician requested this consultation? \_\_\_\_\_

약국 이름 / Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ 위치(가장 가까운 교차로) / Location (nearest intersection): \_\_\_\_\_

**주요 호소 증상 / CHIEF COMPLAINT**

오늘 어떤 문제로 여기 오셨습니까? / What problem(s) are you here for today? \_\_\_\_\_

**관상 동맥 위험 요인 / CORONARY RISK FACTORS:**

(다음 중 하나라도 있거나 있었던 적이 있으면 체크하시고 그것이 처음으로 발견된 년도를 쓰시기 바랍니다)

(please check if you have or have had any of the following and year it was first identified)

\_\_\_\_\_ 고혈압 (고혈압) \_\_\_\_\_  
/ Hypertension (high blood pressure) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 심장 질환 가족력 \_\_\_\_\_  
/ Family History of heart disease \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 당뇨병 (그렇다면 약 복용 또는 인슐린 주사) \_\_\_\_\_  
/ Diabetes (if yes, taking pills or insulin) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 폐쇄성 수면 무호흡증 \_\_\_\_\_  
/ Obstructive Sleep Apnea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 비정상적인 높은 콜레스테롤 \_\_\_\_\_  
/ Abnormal/High Cholesterol \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CPAP 기계 \_\_\_\_\_  
/ CPAP Machine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 말초 동맥 질환 (경동맥, 다리) \_\_\_\_\_  
/ Peripheral Artery Disease (carotid, legs) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 현재 흡연자 또는 \_\_\_\_\_ 이전 흡연자 \_\_\_\_\_  
/ Current smoker or \_\_\_\_\_ Former Smoker \_\_\_\_\_

**심혈관 병력 / CARDIOVASCULAR HISTORY**

해당하는 모든 곳에 체크하시고, 처음으로 진단된 연도를 쓰시기 바랍니다.

(Please check any for all that apply, and year of first diagnosis.)

\_\_\_\_\_ 관상 동맥 질환 \_\_\_\_\_  
/ Coronary Artery Disease \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 경동맥 질환/협착증 \_\_\_\_\_  
/ Carotid Artery Disease/Stenosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 심장 마비 \_\_\_\_\_  
/ Heart Attack \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 폐색전증 (폐에 혈액이 응고되는 증상) \_\_\_\_\_  
/ Pulmonary Embolism (blood clot in lung) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 확대 심장 \_\_\_\_\_  
/ Enlarged heart \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 동맥류 \_\_\_\_\_  
/ Aneurysm \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 심장 잡음 \_\_\_\_\_  
/ Heart Murmur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 심박 조절기 \_\_\_\_\_  
/ Pacemaker \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 뇌졸중 또는 TIA (약한 뇌졸중) \_\_\_\_\_  
/ Stroke or TIA (mini-stroke) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 제세동기 \_\_\_\_\_  
/ Defibrillator \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 심장판막증

/ *Heart Valve disease*

\_\_\_\_\_ 부정맥 (비정상적인 리듬)

/ *Arrhythmia (Abnormal Rhythm)*

\_\_\_\_\_ 말초 동맥 질환 (다리 동맥에 막힘이 있음)

/ *Peripheral Arterial Disease (blockages in leg arteries)*

\_\_\_\_\_ 심부전 (약한 심장 근육)

/ *Congestive heart failure (weak heart muscle)*

\_\_\_\_\_ 심부정맥혈전증 (DVT, 다리에 혈액 응고 있음)

/ *Deep Vein Thrombosis (DVT, blood clot in leg)*

\_\_\_\_\_ 어떠한 심장 질환으로든 입원한 적 있음

/ *Hospitalization for any heart reason*

### **심장 수술/진단테스트 / *CARDIAC PROCEDURES/DIAGNOSTIC TESTING***

해당하는 모든 곳에 체크하시고 수술 연도를 쓰시기 바랍니다.

/ *Check for all that apply and year of procedure.*

\_\_\_\_\_ 심장 도관 삽입술 / *Heart or Cardiac Catheterization*

\_\_\_\_\_ 심장 / 다리 또는 기타 혈관형성술 / 스텐트 삽입 / *Heart / Leg or other Angioplasty / Stent Placement*

\_\_\_\_\_ 전기 생리학 또는 절제 시술 / *Electrophysiology or Ablation Procedure*

# 새 환자용 의료 설문 / New Patient Medical Questionnaire

환자 성함 / Patient Name: \_\_\_\_\_ 생년월일 / DOB: \_\_\_\_\_

## 현재 복용하는 약 / CURRENT MEDICATIONS / 보충제 / SUPPLEMENTS

가정에서 복용하는 모든 약의 목록을 작성해 주시기 바랍니다. 모든 처방약, 비처방약, 비타민, 한약 및 보충제를 포함시켜 주십시오.

/ Please list ALL medications that you are taking at home. Include ALL prescription medications, non-prescription medications, vitamins, herbal remedies and supplements

약의 이름 / Name of Medication    복용량 / Dose    복용 횟수 또는 복용하는 때 / How often or when taken  
예: 래식스(lasix) 40 mg 하루에 두 번 / Example: lasix 40 mg twice a day

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_

(필요하면 추가 페이지를 첨부하시기 바랍니다) / (Please attach additional pages if necessary)

## 약에 대한 알레르기 / ALLERGIES / 과민 증상 / INTOLERANCES TO MEDICATIONS

알레르기, 부작용 또는 과민 증상이 있는 모든 약, 음식, 대조 염색약 또는 요오드 등 물질의 목록을 작성하시고 그 반응을 설명하시기 바랍니다.

/ Please list any medications, foods, or materials such as contrast dye or iodine that you are allergic to, had an adverse reaction to or do not tolerate and describe the reaction.

의학적 반응 (예, 두드러기, 부어오름, 숨가쁨, 발진, 등)

/ Medication Reaction (e.g. hives, swelling, shortness of breath, rash, etc.)

예: 리피토(lipitor)-> 두드러기, 근육통 / Example: lipitor -> hives, muscle aches

---

---

---

---

## 외과 병력 / SURGICAL HISTORY / 수술 / OPERATIONS

귀하가 받은 기타 모든 외과 수술의 목록을 작성하고 그 연도를 기입하시기 바랍니다.

/ Please list any other surgeries you have had and include the year.

수술 / Surgery

날짜 / Date

예: 담낭 제거 / Example: Gallbladder Removed

1988

---

---

---

---



# 새 환자의료 설문 / New Patient Medical Questionnaire

환자성함 / Patient Name: \_\_\_\_\_ 생년월일 / DOB: \_\_\_\_\_

## 과거의 병력 / PAST MEDICAL HISTORY

해당하는 모든 곳에 체크하시고 그것이 처음으로 발견된 연도를 기입하십시오.

/ Check for all that apply and indicate the year it was first identified

### 폐 / PULMONARY:

\_\_\_\_\_ 천식 \_\_\_\_\_ 폐렴 \_\_\_\_\_  
/ Asthma / Pneumonia  
\_\_\_\_\_ 기증 / Emphysema / COPD / COPD \_\_\_\_\_

### 위장 / GASTROINTESTINAL:

\_\_\_\_\_ 위장 출혈 \_\_\_\_\_ 궤양 \_\_\_\_\_  
/ Gastrointestinal Bleeding / Ulcers  
\_\_\_\_\_ 역류성 식도염 (위 식도 역류) \_\_\_\_\_ 간 질환 / 간염 \_\_\_\_\_  
/ Reflux (GERD) / Liver Disease / Hepatitis

### 신장비뇨 / RENAL/GENITOURINARY

\_\_\_\_\_ 신장 질환 / 크레아티닌 상승 \_\_\_\_\_ 전립선 질환 \_\_\_\_\_  
/ Kidney Disease / Elevated Creatinine / Prostate Disease  
\_\_\_\_\_ 투석 / Dialysis \_\_\_\_\_

### 신경/심리적 / NEUROLOGICAL / PSYCHOLOGICAL:

\_\_\_\_\_ 두개내(뇌내부) 출혈 \_\_\_\_\_ 발작 장애 \_\_\_\_\_  
/ Intracranial (in the brain) Bleeding / Seizure Disorder  
\_\_\_\_\_ 치매 \_\_\_\_\_ 우울증 \_\_\_\_\_  
/ Dementia / Depression  
\_\_\_\_\_ 불안 장애 \_\_\_\_\_ 파킨슨병 \_\_\_\_\_  
/ Anxiety Disorder / Parkinson's

### 여성생식 / FEMALE REPRODUCTIVE: 해당되지 않음 / Not Applicable

\_\_\_\_\_ 폐경 (몇 세에?) \_\_\_\_\_ 현재 임신 중 (임신 주수) \_\_\_\_\_  
/ Menopause (at what age?) / Currently Pregnant (number of weeks)

### 내분비 / ENDOCRINE:

\_\_\_\_\_ 갑상선 질환 / Thyroid Disorder \_\_\_\_\_

### 기타 / OTHER:

\_\_\_\_\_ 암 (유형) \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_  
/ Cancer (type) / HIV  
\_\_\_\_\_ 응고 장애 \_\_\_\_\_ 자가 면역 질환 (예 낭창) \_\_\_\_\_  
/ Clotting Disorder / Autoimmune Disorders (i.e. Lupus)  
\_\_\_\_\_ 출혈 장애 \_\_\_\_\_ 관절염 \_\_\_\_\_  
/ Bleeding Disorder / Arthritis  
\_\_\_\_\_ 빈혈 / Anemia \_\_\_\_\_

**사회력/ SOCIAL HISTORY:**

결혼 상태 (해당하는 곳에 동그라미 하세요) / Marital Status (circle): 미혼/ Single 결혼/ Married 이혼/ Divorced 별거/  
Separated 사별/ Widowed 동거 파트너/ Domestic Partner

자녀 수/ Number of children: \_\_\_\_\_ 누구와 함께 살고 있습니까? / With whom do you live? \_\_\_\_\_

은퇴하셨습니까?: 예 아니오 현재 또는 이전 직업 \_\_\_\_\_

/ Are you retired: Yes No Current or Previous Occupation:

여가 활동/ Leisure activities: (모든 취미를 기입하십시오) / (Include any hobbies)

---

운동 (해당하는 곳에 동그라미 하세요) / Exercise (circle)

아니오/ No / 앉은 자세에서/ Sedentary 가끔/ Occasional 정기적으로/ Regular

활동적인 라이프 스타일/ Active Lifestyle 육체적으로 운동이 불가능합니다/ Physically unable to exercise

운동의 유형 및 길이 (몇 분간, 주당 횟수) / Type of exercise and how long (how many minutes and times per week):

---

---

**새 환자의료 설문 / New Patient Medical Questionnaire**

환자 성함 / Patient Name: \_\_\_\_\_ 생년월일 / DOB: \_\_\_\_\_

**담배를 피십니까? / Do you use tobacco? 예 / Yes    예전에 피م / Formerly    핀적 없음 / Never**  
 담배 / Cigarettes / 시가 / Cigars / 파이프 / Pipe 씹는 담배 / Chewing tobacco / 전자 담배 (이 중 하나에 동그라미 하세요) /  
 Electronic cigarette (Circle which one)  
 \_\_\_\_\_ 하루당 / per day    담배 핀 연수? / Years Smoked? \_\_\_\_    담배를 끊은 날짜는? / Quit Date? \_\_\_\_\_

**알코올을 섭취하십니까? / Do you use alcohol? 예 / Yes    예전에 섭취함 / Formerly    섭취한적 없음 / Never**  
 맥주 / Beer 와인 / Wine / 스피리츠 / Spirits (해당하는 곳에 동그라미 하세요) / (Circle which one)  
 \_\_\_\_\_ 하루 / servings per day / 일주 / wk / 1개월 / mo / 1년 / yr    당 주량

**카페인을 드십니까? / Do you use caffeine? 예 / Yes    예전에 마셨음 / Formerly    마신적 없음 / Never**  
 카페인 있는 커피 / Caffeinated Coffee / 차 / Tea / 소다? / Soda? (해당하는 곳에 동그라미 하세요) / (Circle which one)  
 \_\_\_\_\_ 하루 / cups per day / 일주 / wk / 1개월 / mo / 1년 / yr    당 마신 컵수

**기본 전환용 약물을 사용하십니까? / Do you use recreational drugs?**

예 / Yes    예전에 사용함 / Formerly    사용한 적 없음 / Never

마리화나 / Marijuana / 코케인 / Cocaine / 메탐페타민 / Methamphetamine / 헤로인 / Heroin /

기타 / Other \_\_\_\_\_

끊은 날짜는? / Date quit? \_\_\_\_\_ 재활 치료? / Rehab? \_\_\_\_\_

**현재 어떤 특정 다이어트를 하는 중입니까? / Currently on any particular diet? 어떤 것입니까? / Which one?: \_\_\_\_\_**

**가족력 / FAMILY HISTORY:**

만약 귀하의 아버지, 어머니, 형제(들) 또는 자매(들)이 다음과 같은 진단을 받았거나 받았었다면 그것에 대해 표시하고 그 진단을 받은 때 그들의 나이를 표시해 주시기 바랍니다.

/ Please indicate if your Father, Mother, Brother(s) or Sister(s) have or have had the following diagnoses and their age when it was diagnosed.

**심장 마비, 뇌졸중, 혈관형성술 / Heart Attack, Stroke, Angioplasty / 스텐트, 심장 수술, 울혈성 심부전, 혈전, 동맥류, 또는 비정상적인 심장 리듬 / Stents, Heart Surgery, Congestive Heart Failure, Blood Clots, Aneurysm, or Abnormal Heart Rhythm**

	현재 나이 / Current Age	진단명 / Diagnosis  (진단시나이) / (age of diagnosis)	사망한 나이 (해당되는 경우, 사망 원인도 작성해 주십시오) / Age of Death (if applicable and cause of death)
아버지 / Father	_____	_____	_____
어머니 / Mother	_____	_____	_____
형제(들) / Brother(s)	_____	_____	_____
자매(들) / Sister(s)	_____	_____	_____
기타 / Other	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

입양되었거나 가족력을 알 수 없으면 여기에 체크해 주십시오 / Check here if Adopted / Unknown family history



# 새환자의료 설문 / New Patient Medical Questionnaire

환자 / Patient

성함 / Name: \_\_\_\_\_ 생년월일 / DOB: \_\_\_\_\_

## 시스템 검토 / REVIEW OF SYSTEMS

날짜 / Date: \_\_\_\_\_

만약 귀하가 다음 증상 중 하나를 가지고 있다면 체크해 주시기 바랍니다. / Please check if you have any of the following symptoms:

체질 / CONSTITUTION	눈 / EYES	위장 / GASTROINTESTINAL	내분비/혈액/알레르기 / ENDO/HEME/ALL
열 / Fever	흐린 시야 / Blurred vision	속 쓰림 / Heartburn	멍이 잘 든다 / Easy bruising
오한 / Chills	복시 / Double vision	구역질 / Nausea	알레르기 / Allergies
체중 감소 / Weight loss	빛에 민감함 / Sensitive to light	구토 / Vomiting	과도한 갈증 / Excessive thirst
피로 / Fatigue	눈의 통증 / Eye pain	복부 통증 / Abdominal pain	<b>신경</b> <b>/ NEUROLOGICAL</b>
땀 흘림/발한 / Sweating/Perspiration	눈 분비물 / Eye discharge	설사 / Diarrhea	현기증 / Dizziness
허약함 / Weakness	충혈된 눈 / Eye redness	변비 / Constipation	따끔거림 / Tingling
<b>피부</b> <b>/ SKIN</b>	<b>심장 혈관</b> <b>/ CARDIOVASCULAR</b>	대변에 혈액 검출 / Blood in stool	떨림 / Tremor
발진 / Rash	가슴 통증 / Chest pain	검은 변 / Black stool	감각 변화 / Sensory change
가려움증 / Itching	심계 항진/가슴 두근거림 / Palpitations/Flutter	<b>비뇨</b> <b>/ GENITOURINARY</b>	음성 변경 / Speech change
<b>HENT</b> <b>/ HENT</b>	숨 가쁨 누울 때 / Shortness of breath when lying down	고통스런 배뇨 / Painful urination	부분 허약 / Focal weakness
		긴급 / Urgency	발작 / Seizures
두통 / Headaches	걷는 동안 다리 통증 / Leg pain while walking	소변 횡수 / Urinary frequency	의식 상실 / Loss of consciousness
청력 상실 / Hearing loss	다리 붓기 / Leg swelling	소변에서 혈액 검출 / Blood in urine	<b>정신</b> <b>/ PSYCHIATRIC</b>
귀 울림 / Ringing in the ears	자다 깬 숨 참 / Waking from sleep short of breath	옆구리 통증 / Flank pain	우울증 / Depression
귀 통증 / Ear pain		<b>근 골격</b> <b>/ MUSCULOSKELETAL</b>	자살 충동 / Suicidal ideas
귀 분비물 / Ear discharge	<b>호흡기</b> <b>/ RESPIRATORY</b>	근육통 / Muscle pain	약물 남용 / Substance abuse
코피 / Nosebleeds	기침 / Cough	목 통증 / Neck pain	환각 / Hallucinations
막힘 / Congestion	피를 토함 / Coughing up blood	허리 통증 / Back pain	긴장/불안 / Nervous/Anxious
인후염 / Sore throat	가래 생김 / Sputum production	관절통 / Joint pain	불면증 / Insomnia
	숨 참 / Short of breath	넘어짐 / Falls	기억 손실 / Memory loss
	천명 / Wheezing		

