

# 병력

Korean

환자 이름: \_\_\_\_\_ 환자 ID 번호: \_\_\_\_\_  
 생년월일: \_\_\_\_\_

## I. 해당되는 답변에 ○표를 하십시오(질문을 이해할 수 없으면 공란으로 남겨 두십시오):

- |    |   |     |   |
|----|---|-----|---|
| 1. | 예 | 아니오 | 전반적으로 건강이 좋은 편입니까?  |
| 2. | 예 | 아니오 | 최근 1년 사이에 건강에 변화가 생긴 적이 있습니까?   |
| 3. | 예 | 아니오 | 지난 3년 간 입원을 했거나 중병에 걸린 적이 있습니까?<br>"예"인 경우, 그 이유는? _____                              |
| 4. | 예 | 아니오 | 현재 의사의 치료를 받고 있습니까? 그 이유는? _____<br>마지막으로 건강 검사를 받은 날짜 _____ 마지막으로 치과 검사를 받은 날짜 _____ |
| 5. | 예 | 아니오 | 전에 받은 치과 치료에 문제가 있었습니까?   |
| 6. | 예 | 아니오 | 현재 통증이 있습니까?  |

## II. 다음과 같은 증상을 경험한 적이 있습니까?

- |     |   |     |                      |     |   |     |               |
|-----|---|-----|----------------------|-----|---|-----|---------------|
| 7.  | 예 | 아니오 | 가슴 통증 (협심증)          | 18. | 예 | 아니오 | 험기증           |
| 8.  | 예 | 아니오 | 발목의 부종               | 19. | 예 | 아니오 | 이명, 귀가 울리는 현상 |
| 9.  | 예 | 아니오 | 호흡 곤란                | 20. | 예 | 아니오 | 두통            |
| 10. | 예 | 아니오 | 최근의 체중 감소, 발열, 야간 발한 | 21. | 예 | 아니오 | 기절 발작         |
| 11. | 예 | 아니오 | 지속적인 기침, 피가 섞인 기침    | 22. | 예 | 아니오 | 시야가 흐림        |
| 12. | 예 | 아니오 | 출혈 문제, 쉽게 멍이 듦       | 23. | 예 | 아니오 | 간질 발작         |
| 13. | 예 | 아니오 | 부비강염, 비염             | 24. | 예 | 아니오 | 과도한 갈증        |
| 14. | 예 | 아니오 | 삼키기가 어려움             | 25. | 예 | 아니오 | 잦은 소변         |
| 15. | 예 | 아니오 | 설사, 변비, 혈변           | 26. | 예 | 아니오 | 입 마름          |
| 16. | 예 | 아니오 | 잦은 구토 및 구역질          | 27. | 예 | 아니오 | 황달            |
| 17. | 예 | 아니오 | 소변 보기가 어려움/ 피 섞인 소변  | 28. | 예 | 아니오 | 관절 통증, 경직     |

## III. 다음과 같은 질환이 있거나 과거에 있던 적이 있습니까?

- |     |   |     |                       |     |   |     |                     |
|-----|---|-----|-----------------------|-----|---|-----|---------------------|
| 29. | 예 | 아니오 | 심장병                   | 40. | 예 | 아니오 | AIDS(후천성 면역 결핍 증후군) |
| 30. | 예 | 아니오 | 심장 마비, 심장 결손증         | 41. | 예 | 아니오 | 종양, 암               |
| 31. | 예 | 아니오 | 심장 판막증                | 42. | 예 | 아니오 | 관절염, 류마티스성 관절염      |
| 32. | 예 | 아니오 | 류마티스 열                | 43. | 예 | 아니오 | 눈 질환                |
| 33. | 예 | 아니오 | 뇌졸중, 동맥 경화증           | 44. | 예 | 아니오 | 피부 질환               |
| 34. | 예 | 아니오 | 고혈압                   | 45. | 예 | 아니오 | 빈혈                  |
| 35. | 예 | 아니오 | 천식, 폐결핵, 폐기종, 다른 폐 질환 | 46. | 예 | 아니오 | 성병(매독 또는 임질)        |
| 36. | 예 | 아니오 | 간염, 기타 간 질환           | 47. | 예 | 아니오 | 음부 포진               |
| 37. | 예 | 아니오 | 위장 장애, 위궤양            | 48. | 예 | 아니오 | 신장 및 방광 질환          |
| 38. | 예 | 아니오 | 알레르기: 약물, 음식, 투약, 라텍스 | 49. | 예 | 아니오 | 감상선, 부신 질환          |
| 39. | 예 | 아니오 | 당뇨병, 심장 장애, 종양의 가족 병력 | 50. | 예 | 아니오 | 당뇨병                 |

## IV. 다음과 같은 치료(기구 포함)를 받고 있거나 받은 적이 있습니까?

- |     |   |     |        |     |   |     |           |
|-----|---|-----|--------|-----|---|-----|-----------|
| 51. | 예 | 아니오 | 정신과 치료 | 56. | 예 | 아니오 | 입원        |
| 52. | 예 | 아니오 | 방사선 치료 | 57. | 예 | 아니오 | 수혈        |
| 53. | 예 | 아니오 | 화학 요법  | 58. | 예 | 아니오 | 수술        |
| 54. | 예 | 아니오 | 인공 판막  | 59. | 예 | 아니오 | 심장 박동 조절기 |
| 55. | 예 | 아니오 | 인공 관절  | 60. | 예 | 아니오 | 콘택트 렌즈    |

## V. 다음과 같은 것들을 복용 또는 섭취하고 있습니까?

- |     |   |     |                           |     |   |     |           |
|-----|---|-----|---------------------------|-----|---|-----|-----------|
| 61. | 예 | 아니오 | 기분 전환용 약물                 | 63. | 예 | 아니오 | 모든 종류의 담배 |
| 62. | 예 | 아니오 | 약물, 비처방약(아스피린 포함), 자연 치료제 | 64. | 예 | 아니오 | 술         |
- 이름을 적으십시오: \_\_\_\_\_

## VI. 여성에게만 해당:

- |     |   |     |   |     |   |     |               |
|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---------------|
| 65. | 예 | 아니오 | 임신했거나 모유를 먹이고 있거나, 또는 앞으로 임신했거나 모유를 먹일 가능성이 있습니까? | 66. | 예 | 아니오 | 피임약을 복용 중입니까? |
|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---------------|

## VII. 모든 환자:

67. 예 아니오 이 양식에 기재하지 않은 다른 질환 또는 의료적인 문제가 있거나 과거에 있었던 적이 있습니까?  
 만약 있으면 다음에 설명하십시오: \_\_\_\_\_

본인은 본인이 아는 한 모든 질문에 완전하고 정확하게 답변했습니다. 본인은 본인의 건강 및/또는 약 복용에 변동 사항이 발생하면 이를 본인의 치과의사에게 통지할 것입니다.

환자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 병력 재확인:

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 환자 서명 _____ | 날짜: _____ |
| 2. 환자 서명 _____ | 날짜: _____ |
| 3. 환자 서명 _____ | 날짜: _____ |