



# Patient Health History 환자 건강 기록

office use only - place label or print here

업무용 - 이곳에 라벨 부착 또는 인쇄

Patient name 환자 이름: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Date 날짜: \_\_\_\_\_

Dear Patient 방문자님 귀하:

The following questions will help us complete a comprehensive assessment of your health as part of your visit today. If you object to answering any of these questions or if you find any of them unclear or too personal, just leave them blank. We can discuss any concerns during your visit. This form will be filed in your confidential medical record along with the notes of your visit today. 다음 질문은 오늘 방문하신 목적의 일환으로 귀하의 건강 상태를 광범위하게 평가하기 위한 것입니다. 다음 질문 중 대답하고 싶지 않거나, 이해되지 않거나, 너무 사적이라고 판단되는 질문이 있으면 공란으로 비워 두십시오. 방문하신 동안 어떤 사안에 대해서든 논의할 수 있습니다. 다음 양식은 오늘 방문 기록과 함께 본인의 기밀 의료 기록으로 보관됩니다.

## Reason for Visit / What do you want to talk about 방문 목적 / 상담을 원하는 내용

### 1. PATIENT HISTORY 환자 병력

Have you ever, or do you now have any of the following? 다음 항목 중 발병한 적이 있거나 현재 진행 중인 병이 있습니까?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> anemia (빈혈)      | <input type="checkbox"/> eating problems (섭식 장애)           | <input type="checkbox"/> melanoma (악성흑색종)                    |
| <input type="checkbox"/> anorexia (거식증)   | <input type="checkbox"/> depression (우울증)                  | <input type="checkbox"/> menstrual problems (생리불순)           |
| <input type="checkbox"/> arthritis (관절염)  | <input type="checkbox"/> diabetes (당뇨)                     | <input type="checkbox"/> migraines (편두통)                     |
| <input type="checkbox"/> asthma (천식)      | <input type="checkbox"/> epilepsy or seizures (간질 또는 발작)   | <input type="checkbox"/> sexually transmitted disease (성병)   |
| <input type="checkbox"/> cancer (암)       | <input type="checkbox"/> heart disease (심장 질환)             | <input type="checkbox"/> thyroid problems (갑상선 질환)           |
| <input type="checkbox"/> chicken pox (수두) | <input type="checkbox"/> high/low blood pressure (고혈압/저혈압) | <input type="checkbox"/> other, please list (기타 질병은 기입하십시오.) |

Have you had any recent weight gain/loss? 최근에 체중이 증가하거나 감소했습니까?  yes 예  no 아니요

Have you recently experienced sadness, stress, or anxiety that interfered with your daily activities?

최근 일상 생활에 지장이 있을 정도의 슬픔, 스트레스 또는 불안을 경험한 적이 있습니까?  yes 예  no 아니요

Do you currently have pain? 현재 통증이 있습니까?  yes 예  no 아니요

If yes, please rate your pain on a scale from 0-10.

통증이 있는 경우, 통증 정도를 0에서 10으로 기재해 주십시오 (0 = no pain 통증 없음, 10 = worst pain 가장 심함).

If yes, location of pain. 통증이 있는 경우 통증 부위는 어디입니까?

Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year? 현재까지의 모든 입원 사실(수술, 의료, 정신질환) 및 해당 연도를 기입해 주십시오.

### 2. FAMILY HISTORY 가족 병력

	Diabetes (당뇨)	Hypertension/ High Blood Pressure (고혈압/높은 혈압)	High Cholesterol (높은 콜레스테롤)	Heart Attack (심장 발작)	Cancer (type) (암(종류))	Genetic Disease (유전질환)	Other (type) (기타(종류))
Father 아버지							
Mother 어머니							
Sibling 형제자매							
Other blood relative 기타 혈연 관계의 친척							

### 3. HEALTH RISK ASSESSMENT 건강 위험 요인 평가

Do you drink alcohol? 음주를 하십니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
	If yes, # of drinks per week 예인 경우 주당 음주 횟수 _____
Do you smoke? 흡연을 하십니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
	If yes, # of cigarettes per day 예인 경우 하루 담배 개수 _____
Have you ever used recreational/ street drugs? 흥분제 / 환각성 약물을 사용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
Have you ever misused prescribed drugs? 조제 약물을 오용/남용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
Do you exercise regularly? 규칙적인 운동을 합니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
Are you satisfied with your eating habits? 식습관에 만족하십니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
Are there any significant issues affecting family/ significant others? 가족이나 중요한 사람에게 영향을 주는 심각한 건강 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
	If yes, please explain 예인 경우 내용을 기록해 주십시오. _____
Are there any religious/ cultural consideration regarding your care? 진료 시 종교적/문화적으로 고려해야 할 점이 있습니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
	If yes, please explain 예인 경우 내용을 기록해 주십시오. _____
Do you have any questions about sexually transmitted diseases? 성병에 대해 질문할 사항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요
Would you like to be tested for STDs? STD 테스트를 받고 싶으십니까?	<input type="checkbox"/> yes 예 <input type="checkbox"/> no 아니요

### 4. MEDICATIONS, ALLERGIES, and IMMUNIZATIONS 약물 치료, 알러지 및 면역

Please complete section 4 A - C, **unless** you have a POL\* account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account. 섹션 4A-C를 기입해 주십시오. 단, POL\* 계정이 있고 계정 정보의 정확성을 검토하고 확인한 경우 생략해도 됩니다.

\* For more information on Patient Online (POL), please visit POL(Patient Online)에 대한 자세한 내용은 다음 사이트를 참조하십시오: <http://web.mit.edu/medical/login.html>

#### A. Medications 약물 치료

List any prescription and nonprescription medication you take regularly (include OTC, herbals, vitamins, etc) 정기적으로 복용하고 있는 처방약 및 처방약 이외의 약(OTC, 한방약, 비타민 등 포함)을 기입해 주십시오.

#### B. Allergies 알러지

Do you have any allergies to medications? 치료하는데 약물 알러지가 있습니까?     yes 예     no 아니요

If yes, please list medication(s) and reaction 있는 경우 해당 약물과 반응을 기록하십시오:

Do you have any of the following allergies? 다음 중 해당되는 알러지가 있습니까?

음식물    라텍스    의약품    환경    기타

#### C. Immunizations 면역

Tetanus/ diphtheria (recommended every 10 years)

파상풍/ 디프테리아(10년마다 접종 권장)    Date 날짜

Annual flu vaccines? 매년 독감 예방 접종을 합니까?     yes 예     no 아니요

Hepatitis B (check one) B형 간염(하나만 선택)     had illness 병력 있음     vaccinated 예방 접종 받음     not vaccinated 예방 접종 안 함     don't know 알 수 없음

Chicken pox (check one) 수두(하나만 선택)     had illness 병력 있음     vaccinated 예방 접종 받음     not vaccinated 예방 접종 안 함     don't know 알 수 없음

Pneumococcal 폐렴    Date 날짜

Other vaccines, please list with name and date:

기타 백신은 이름과 날짜를 적어 주십시오:

## 5. FUNCTIONAL ASSESSMENT (기능 평가)

Does your health limit you in any activities? 다음 활동 중 건강상 장애로 인해 제한되는 일이 있습니까?

working 업무	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요
daily chores 일일 가사	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요
moderate exercise 보통 운동	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요
vigorous exercise 강한 운동	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요

If yes, please explain 예인 경우 내용을 기록해 주십시오. \_\_\_\_\_

## 6. LEARNING NEEDS ASSESSMENT 학습 능력 평가

Do you have any of the following? 다음 장애 중 해당 사항이 있습니까?

learning disabilities 학습 장애	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요
visual limitations 시각 장애	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요
hearing limitations 청각 장애	<input type="checkbox"/> yes 예	<input type="checkbox"/> no 아니요

If yes, please explain 있는 경우 기입해 주십시오. \_\_\_\_\_

The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following:

MIT 커뮤니티의 모든 구성원의 건강과 복지는 MIT Medical 모든 구성원에게 중요한 일입니다. 다음 사항을 실천할 것을 권장합니다:

- Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy.  
STD 및 원치 않는 임신 위험을 줄이기 위해 성행위 시 콘돔 사용
- Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts.  
메사추세츠법의 규정에 따라 사망 또는 부상 위험을 줄이기 위해 자동차 안전 벨트 착용
- Use of helmets while bicycling, roller blading, skate boarding, etc to reduce the risk of injury.  
부상 위험을 줄이기 위해 자전거, 롤러 블레이드, 스케이트 보드 등을 탈 때 헬멧 착용
- Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire.  
화재로 인한 사망 또는 부상의 위험을 줄이기 위해 가정에 화재 경보기 설치
- Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun.  
야외 햇빛에 노출될 때 본인 및 아동에게 SPF 15 이상의 자외선 차단제 사용

## SIGNATURE 서명

Patient signature 환자 서명 \_\_\_\_\_ Date 날짜 \_\_\_\_\_

Provider signature 제공자 서명 \_\_\_\_\_ Date 날짜 \_\_\_\_\_