

Анкета о состоянии здоровья 건강문진

성명 ФИО:

나이 Возраст:

성별 Пол:

국적 Гражданство:

체류기간 Период пребывания:

1. 현재 불편한 증상이 있다면 적어주십시오.

Опишите симптомы, которые Вас беспокоят на данный момент

2. 본인이나 가족이 병의원 에서 다음의 질환으로 진단 받았거나 치료받은 일이 있습니까?

Были ли у Вас или Вашей семьи диагностированы или получали ли вы и Ваша семья лечение по нижеперечисленным заболеваниям ?

Название заболевания 질병명	Я (сам пациент) 나(본인)	Отец 아버지	Мать 어머니	Братья/сестры 형제자매	Дети 자녀
(1) Сахарный диабет 당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Гипертония 고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Инсульт (паралич) 뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Стенокардия, инфаркт миокарда 협심증, 심근경색증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Дислипидемия 고지혈증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Заболевания печени (помимо онкологии) 간질환(암제외)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Онкологические заболевания (область возникновения) 암 (발생부위)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
(8) Здоров, без каких-либо заболеваний 질병 없이 건강함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 그 외 치료받고 있는 질병이 있다면 진단명을 적어주십시오. Если есть диагноз помимо вышеперечисленных заболеваний, то запишите наименование диагноза

4. 최근 6개월 동안에, 일주일에 2회 이상 지속적으로 복용했거나 현재 복용하고 계신 약이 있으면 그 종류를 아는 대로 모두 적어 주십시오.

Запишите все виды лекарств, которые вы принимали или принимаете на данный момент больше 2-х раз в неделю за последние 6 месяцев.

5. 과거에 입원하여 수술을 받은 적이 있습니까? Были ли у вас в прошлом операции ?

Нет 아니오 Да 예 ->(Название операции 수술명:)

Продолжение на обратной стороне 

6. 약이나 음식에 대한 알레르기가 있습니까?**Есть ли у Вас аллергия на лекарственные препараты или на пищевые продукты ?**

□ Нет 아니오 □ Да 예 ->()

7. 담배를 피우십니까? Курите ли Вы ?

(1) В среднем, в день курю _____ штук. 하루 평균 _____개비 씩 피우고 있다

(2) Бросил курить в _____ году(или _____ лет назад) . 년에(혹은 _____년 전에) 끊었다.

-> Раньше курил в день ()штук/ в течении()лет ->예전에 ()개피/하루씩 ()년 동안 피웠음.

(3) Совсем не курил. 전혀 피운 적이 없다

8. 술을 마십니까? Употребляете ли Вы алкоголь?

□ Нет 아니오

□ Да 예

(□ Меньше 1 раза в день 월1회 이하 □ в месяц 2-3 раза 월 2~3회 □ в неделю 1 раз 주1회

□ в неделю 2-3 раза 주2~3회 □ в неделю 4-5 раз 주4~5회 □ почти каждый день 거의 매일)

В среднем количество принимаемого алкоголя? (полбутылки 360-ти миллиграммовой корейской водки эквивалентно= 2 банки пива= виски 2 стакана= вино 2 бокала

(평균 마시는 양은? (360ml 소주로 환산하여 소주 반 병=맥주 2캔=위스키 2잔=와인2잔)

□ меньше полбутылки 반 병 미만 □ полбутылки 반 병 □ одна бутылка 한 병 □ свыше 2 бутылок 두 병 이상

9. 현재 규칙적으로 하는 운동이 있다면 답해주십시오.**Напишите занимаетесь ли Вы регулярно спортом на данный момент .**

(1) Какой вид спорта? 주로 하는 운동 종목은?

(2) Сколько раз и сколько времени занимаетесь ? 운동하는 횟수와 시간은?

В неделю 주 ()раз 회, за один раз в течении 한번 할 때 ()минут 분간

10. 검사를 받은 적이 있습니까? 그렇다면 가장 최근에는 몇 년 전에 받았습니까?**Получали ли Вы нижеследующие обследования? Если да, как давно прошли эти обследования ?**

(1) Гастроскопия, гастрография 위내시경, 위조영술 □ Нет 아니오 □ Да 예 ->()лет назад 년 전

(2) Колоноскопия, колонография, эндоскопия прямой кишки (колоноскопия сигмовидной кишки)

대장내시경, 대장조영술, 직장내시경(에스자결장경) □ Нет 아니오 □ Да 예 ->()лет назад 년 전

(3) Маммография 유방촬영 □ Нет 아니오 □ Да 예 ->()лет назад 년 전

(4) Обследование на рак шейки матки 자궁암 검사 □ Нет 아니오 □ Да 예 ->()лет назад 년 전

11. 이번 진료 시에 꼭 받고 싶은 검사가 있으면 적어주십시오.**Напишите, есть ли обследования которые бы Вы хотели обязательно пройти в этот приезд**

12. 여성의 경우, 가장 최근에 생리가 시작된 첫날은 _____년 _____월 _____일입니다.**Для женщин, напишите первый день последней менструации _____год _____месяц _____число.**