

## 의료 내력

성명 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 금일 \_\_\_\_\_

### 금일 진료소 방문 이유

이하 정보는 저희가 귀하에게 최상의 치료를 제공하는데 도움이 될 것 입니다.  
가능한 완벽하게 의료 내력을 작성해 주십시오. 감사합니다.

## 의료 내력

이하 질병 증상을 과거에 지니셨거나 현재 지니고 계십니까? 해당되는 모든 증상에 표기하십시오.

- |                                          |                                        |                                     |
|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 빈혈/혈액 질환        | <input type="checkbox"/> 부비강염/알러지      | <input type="checkbox"/> 생식기관 수술    |
| <input type="checkbox"/> 수혈              | <input type="checkbox"/> 빈번한 두통        | <input type="checkbox"/> 암          |
| <input type="checkbox"/> 출혈 문제/혈액 질환     | <input type="checkbox"/> 편두통           | <input type="checkbox"/> 당뇨병        |
| <input type="checkbox"/> 혈관 응괴           | <input type="checkbox"/> 마취 합병증        | <input type="checkbox"/> 녹내장/ 안구 문제 |
| <input type="checkbox"/> 심장 문제/수술        | <input type="checkbox"/> 흐린 시력/일시 의식상실 | <input type="checkbox"/> 류머티스성 고열   |
| <input type="checkbox"/> 고혈압             | <input type="checkbox"/> 간질병/발작        | <input type="checkbox"/> 폐결핵        |
| <input type="checkbox"/> 뇌일혈             | <input type="checkbox"/> 졸도            | <input type="checkbox"/> 알콜 중독      |
| <input type="checkbox"/> 극심한 정맥 노장       | <input type="checkbox"/> 간염/간 질환       | <input type="checkbox"/> 약물 중독      |
| <input type="checkbox"/> 로감 주사/Rh 음성 혈액형 | <input type="checkbox"/> 담낭 문제         | <input type="checkbox"/> 우울증        |
| <input type="checkbox"/> 심잡음증            | <input type="checkbox"/> 신장/방광 문제      | <input type="checkbox"/> 자살 고민/시도   |
| <input type="checkbox"/> 가슴 통증           | <input type="checkbox"/> 갑상선 질환        | <input type="checkbox"/> 식사 질환/장애   |
| <input type="checkbox"/> 콜레스테롤이 높음       | <input type="checkbox"/> 위궤양           | <input type="checkbox"/> 공황/불안 장애   |
| <input type="checkbox"/> 비측 폴립           | <input type="checkbox"/> 위 바이패스 수술     | <input type="checkbox"/> 육체적 폭행을 당함 |
| <input type="checkbox"/> 천식/ 가쁜 호흡       | <input type="checkbox"/> 배변 문제         | <input type="checkbox"/> 기타: _____  |
| <input type="checkbox"/> 기관지염            | <input type="checkbox"/> 유방 문제         | <input type="checkbox"/> _____      |

알러지와 그에 대한 반응 증상을 기재하십시오: \_\_\_\_\_

현재 복용하시는 약이 있습니까? 처방제, 보충 영양제, 비타민 또는 비처방약 등을 기재하십시오:

\_\_\_\_\_

과거 또는 현재에 의료 문제가 있으십니까? 의료 문제가 무엇입니까? \_\_\_\_\_

현재 모유를 수유하십니까?  예  아니오

### 가족 병력

이하와 같은 가족 병력이 있으십니까?

- 예  아니오  모름  있다면 질병을 앓은 가족을 기록하십시오.  
입양 되셨습니까?  예  아니오  심장 질환  예  아니오  뇌일혈  예  아니오  유방암  예  아니오  난소암  예  아니오  기타 암  
설명: \_\_\_\_\_
- 예  아니오  루프스(낭창)  예  아니오  관절염  예  아니오  당뇨병  예  아니오  신장 문제  예  아니오  골다공증 (위약한 뼈)  예  아니오  유전병 내력 (흑내장성 유전 백치의 영아형 겸상적혈구병 등)  예  아니오  자연유산 방지하기 위하여 귀하의 모친에게 DES가 주입되었습니까?

### 사회 연혁

예  아니오

- 정기적 운동을 하십니까? 종류와 주 횟수: \_\_\_\_\_
- 흡연하십니까? 하루 흡연량은? \_\_\_\_\_  
과거에 흡연하셨습니까? \_\_\_\_\_
- Were you previously a smoker?**
- 알콜 섭취하십니까? 일주 주량은? \_\_\_\_\_
- 흥미로 약물을 사용하십니까? 종류: \_\_\_\_\_  
복용 횟수? 하루/일주/한달에 \_\_\_\_\_ 번

- 혈관에 문제가 있습니까?  
 알콜, 마약 문제가 있다고 생각하십니까?

이하 상황에 관한 의뢰나 추가 정보를 원하십니까?

- |                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 가정 폭력                          | <input type="checkbox"/> 응급피임                           |
| <input type="checkbox"/> 강간/성폭행                         |                                                         |
| <input type="checkbox"/> 육체 폭행                          | <input type="checkbox"/> 흡연 중단                          |
| <input type="checkbox"/> 알콜 또는 약물 의존                    | <input type="checkbox"/> 감정 문제                          |

오늘 임신 중절을 하러 오셨다면...

감정적 지지를 느끼십니까?  예  아니오

귀하의 유산 결정에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- 매우 확실함  확실함  확실치않음

## CEDAR RIVER CLINICS

- Renton
- Tacoma
- Yakima

## Current Symptoms

현재 하기 증상이 있습니까? 얼마 동안 지속되고 있습니까? 해당 사항을 모두 표기하십시오.

- |                                                                     |                                           |                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 복부 통증                                      | <input type="checkbox"/> 불규칙한 출혈          | <input type="checkbox"/> 고열          |
| <input type="checkbox"/> 허리 통증                                      | <input type="checkbox"/> 성교 중 또는 후에 통증    | <input type="checkbox"/> 소변 통증/타는 느낌 |
| <input type="checkbox"/> 질 통증                                       | <input type="checkbox"/> 성교후 출혈           | <input type="checkbox"/> 잦은 소변       |
| <input type="checkbox"/> 질 가려움증                                     | <input type="checkbox"/> 오르가즘 중 또는 후에 통증  | <input type="checkbox"/> 소량의 소변      |
| <input type="checkbox"/> 비정상 분비물                                    | <input type="checkbox"/> 성기 주위에 발진, 혹, 종기 | <input type="checkbox"/> 피가 섞인 소변    |
| <input type="checkbox"/> 귀하의 성교 파트너에게 이상 증상이 있습니까? 어떠한 증상입니까? _____ |                                           |                                      |
| _____ 얼마 동안 증상을 앓았습니까? _____                                        |                                           |                                      |

## 부인과 병력

과거 또는 현재에 하기 증상이 있으십니까? 해당 되는 모든 증상에 표기하십시오.

- |                                       |                                          |                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 비정상 팹 테스트 결과 | <input type="checkbox"/> 비정상 자궁 모양/위치    | <input type="checkbox"/> 질염증                 |
| <input type="checkbox"/> 조직검사/질경검사    | <input type="checkbox"/> 자궁근종            | <input type="checkbox"/> 박테리아성 질진균증 (BV)     |
| <input type="checkbox"/> 복강경검사/개복술    | <input type="checkbox"/> 골반 염증성 질환 (PID) | <input type="checkbox"/> 유방 종양/암             |
| <input type="checkbox"/> 경부/자궁암       | <input type="checkbox"/> 임질              | <input type="checkbox"/> 불임증 문제              |
| <input type="checkbox"/> 난소낭종         | <input type="checkbox"/> HPV/성기우종        | <input type="checkbox"/> 방광염 (UTI)           |
| <input type="checkbox"/> 난소암          | <input type="checkbox"/> 포진              | <input type="checkbox"/> 조기 자간증/임신중독증        |
| <input type="checkbox"/> 자궁내막증        | <input type="checkbox"/> 클라미디아           | <input type="checkbox"/> 심한 출혈               |
| <input type="checkbox"/> 자궁내막염 (자궁염)  | <input type="checkbox"/> 매독              | <input type="checkbox"/> 마지막 팹 테스트 날짜: _____ |

중 수를 기록하십시오:

## 임신 내력

임신하셨다면 이번이 첫번 임신입니까?	임신	출산	조산	유산	자연 유산	생존 자녀	제왕 절개술	자궁외 임신	유전자 결합	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오										

어떠한 임신 합병증이라도 설명하십시오:

## 월경 내력

월경 시작 연령: \_\_\_\_\_  
 마지막 월경 시작 날짜: \_\_\_\_\_  
 정상적인 월경이었습니까?  예  아니오  
 아니면 설명하십시오: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 귀하의 월경은:  정상적  비정상적  없음  고통스러움  
 월경이 \_\_\_\_\_ 주 마다, \_\_\_\_\_ 일간 있습니다.  
 양이 많은 날, 하루에 가는 패드/탐폰 수: \_\_\_\_\_  
 최근 월경 패턴에 변화가 있습니까?  예  아니오  
 변화가 있다면 어떠한 변화입니까? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 피임 내력

피임을 하신다면 현재 어떠한 방법을 사용하고 계십니까?  
 \_\_\_\_\_  
 그 피임 방법에 문제가 있습니까? \_\_\_\_\_  
 피임방법을 변경하기를 원하십니까? 그렇다면 어떠한 방법에 관심이 있으십니까? \_\_\_\_\_  
 과거에 하기 피임 방법을 사용하셨습니까?  
 피임약  Depo Provera  IUD  남성용 콘돔  여성용 콘돔  
 젤리  스펀지  경부 캡  다이어아프램  
 Diaphragm  Rhythm/Fertility Awareness Method  
 ECT/비상 피임법  The Patch  Vaginal Ring  
 Withdrawal  
 이상 피임법에 문제가 있었습니까? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 장래에 자녀를 원하십니까?  예  아니오  확실치 않음

## 건강 여성

혹시 임신하셨다고 생각하십니까?  예  아니오  
 현재 임신을 시도하고 계십니까?  예  아니오

고객 서명 날짜

통역인 서명 날짜

통역 에이전시

## 성교 내력

현재 성교를 하십니까?  예  아니오  
 모든 해당 사항에 표기하십시오:  질  구강  항문  
 성교 상대자가  남성  여성  모두입니다.  
 지난 60일간 몇명과 성교를 하셨습니까?  
 예  아니오  귀하는...?  
  지난 60일간 새로운 성교 파트너가 있었습니까?  
  마지막 성교 시 콘돔을 사용하셨습니까?