병력

아이오와 대학교 학생 건강 서비스

아이오와 대학교의 학생 건강 서비스(Student Health Service)는 환자에게 치료를 제공할 목적으로 본 기밀 정보를 요청합니다. 학생 건강 서비스의 관계자가 아닌 사람은 환자가 이해하고 서면으로 동의한 경우가 아니면 본 정보를 주기적으로 제공받을 수 없습니다. 적절한 환자 치료를 위하여 반드시 모든 질문에 답하여 주시기 바랍니다.

A.	개인 인적 사항	남성	! 🗆	여성	! [] 기타							
	성명 : (성)				(이름)	학생번호 : (가운데)							
	주소 : (번지, 거리, 사서함)				(11)	(天)	(이 대	생년월일	일 :				
	비상시 연락처 :(성)			(\(\) ((구원인호)						
								(전화번호)					
	선호하는 이름 (위와 [가른 '	경우)	:									
	개인/생물학적 가족 병					계가족 구성원	이 다음과 같은 질병	을 앓고	있기	거나	앓은	적이	있습니까?
	(직계가족 : 아버지, 어(모든 항목에 답하여 주)				•	표시하 하모으	이 지므 이에 지내히 저어	л У ИИ	2				
	포는 양독에 답아어 구/					표시인 영국는	: 열문 D에 자제이 작년 -	기 구입시:					
		<u> </u>	르인		├족 	_ 관계		<u> </u>	본(,			·주	관계
OF:	코올/약물	Υ	N	Υ	N	건게	유전병		/	Ν	Υ	N	
	건물/작품 베르기						고혈압						
	ᆀ드기 절염(질병/관절부상)						고 콜레스테롤					+	
천4							황달 또는 간염					+ -	
							00					-	
암 당J							신장질환 정신의학적 질환					-	
	<u>-</u> 비인후과적 문제											-	
							발작성 장애 성병					-	
	일환(교정렌즈 제외) 교 묘사						위장질환					+	
	의 부상 장 문제/질환						10일환 뇌졸중					+	
			-				기타				-	-	
	구병 임에 이의됩지나 소스의	нго	74 A I	이스	I I mi (
정신	원에 입원하거나 수술을 ^신 건강 문제로 치료를 [!] 때 복용중인 약물을 모두	받은	적이	있습니	긔까?	(자세히 적어를	주세요.)						
	음에 대한 알레르기를 모												
	물 (본인이 보인 반응의												
一	닉 또는 환경적 알레르기	1 영호	크										
C.	사회적 이력												
							, 흡연량과 기간을 적어						
2. 음주를 하십니까? ㅁ 예 ㅁ 아니오 ("예"의 경우, 음주량과 빈도를 적어주세요.) 3. 운동을 하십니까? ㅁ 예 ㅁ 아니오 ("예"의 경우, 빈도와 종류를 적어주세요.)													
3. 운동들 아입니까? - ㅁ 에 ㅁ 아니오 (에 의 경우, 민도와 공류를 적어주세요.) 4. 몸무게 또는 식사와 관련된 문제가 있습니까?													
							ㅁ 아니오 ("예"의 경	 경우, 자세	히 :	적 어	 주세:	요.)	
	6. 영어로 소통하는데	어려	1움이	있습	니까?		□ 아니오 모국어는	무엇입니	1까?	?			
							향을 미치는 어떤 사정						
							예약하실 때 일정 담당						
	9. 사망선택유언과 같 주십시오.	€ ^	1선의	됴시/	VI XI (A	Advance Direc	ctives)를 가지고 계신	경우, 사	폰글	폰	양식	과 암)	게 세술아면
	一日八工.												
	비고 : 이 공란을 활	용하	여 질	문 B	에 다	l한 자세한 설	!명 및 기타 저희가 !	알아야 할	추	가적	인 정	성보를	적어주시기
바	랍니다.												
_	≅lOI •												
⊏.	확인 : 학생 서명							날짜					

제출처: The University of Iowa, Student Health Service, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 또는 팩스 319-335-7247