

五五

아이오와 대학교 학생 건강 서비스

☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타 _____

B. 개인/생물학적 가족 병력 본인 또는 직계가족 구성원이 다음과 같은 질병을 앓고 있거나 앓은 적이 있습니까?
(직계가족 : 아버지, 어머니, 형제, 자매)
모든 항목에 대하여 주시기 바랍니다. “Y”로 표시한 항목은 질문 D에 자세히 적어 주십시오.

병원에 입원하거나 수술을 받은 적이 있습니까? 있으면 자세히 적어주세요. _____

정신 건강 문제로 치료를 받은 적이 있습니까? (자세히 적어주세요.) _____

현재 복용중인 약물을 모두 적어주세요. _____

약물 (본인이 보인 반응의 유형을 적어주세요) _____

메시 또는 환경적 알레르기 약물 _____

1. 담배를 피우십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 (“예”의 경우, 흡연량과 기간을 적어주세요.) _____
2. 음주를 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 (“예”의 경우, 음주량과 빈도를 적어주세요.) _____
3. 운동을 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 (“예”의 경우, 빈도와 종류를 적어주세요.) _____
4. 몸무게 또는 식사와 관련된 문제가 있습니까? _____
5. 일상적인 활동을 하는데 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 (“예”의 경우, 자세히 적어주세요.) _____
6. 영어로 소통하는데 어려움이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 모국어는 무엇입니까? _____
7. 본인의 건강 관련 문제를 알게 되거나 이해하는데 영향을 미치는 어떤 사정이 있습니까? _____
8. 통역인 또는 기타 다른 소통상의 도움이 필요하시면 예약하실 때 일정 담당자에게 말씀하여 주시기 바랍니다.
9. 사망선택유언과 같은 사전의료지시서(Advance Directives)를 가지고 계신 경우, 사본을 본 양식과 함께 제출하여 주십시오.

E. 확인 : _____