

24/7/365 TRANSLATED MEDICAL PROTECTION ABROAD

English/Korean

영어/한국어



LINGO MEDICO
PASSPORT

Forging Safer Travel

:: EASY TO USE ::

ABOUT THIS BOOKLET

이책자에대하여

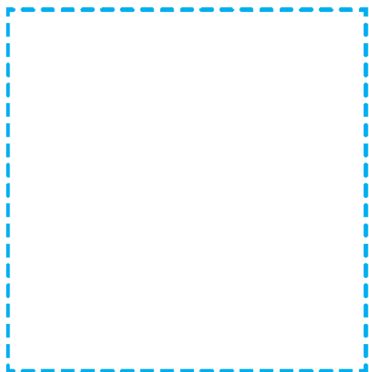
This booklet contains your private health information. Please keep it safe. 이 책자에는 개인 건강 정보가 포함되어 있습니다. 안전하게 보관해 주세요.

Use the Quick Reference guide in this booklet for quick access. 빠른 액세스를 위해 이 책자에 있는 빠른 참조 가이드를 사용하십시오.

Carry your Global Health Passport with you at all times when you travel. 여행 시 글로벌 헬스 패스पोर्ट을 항상 휴대하십시오.

A separate Global Health Passport is recommended for each individual traveler, including infants and children. 유아와 어린이를 포함한 개별 여행자에게는 별도의 글로벌 건강 패스पोर्ट가 권장됩니다.

Affix a passport photo below to help medical personnel with individual identification. 의료진이 개인 신분을 확인할 수 있도록 패스포트 사진을 아래에 부착하십시오.



Travel Medicine International.com

GLOBAL HEALTH PASSPORT

글로벌헬스패스포트

Your country of Origin 출생국

Your physician's Name 담당의사의 이름

Your physician's Phone/e-mail 최근에 다른 국가로
해외여행을 다녀온 적이 있습니까?

Have you had other foreign travel recently? 최근에 다른
국가로 해외여행을 다녀온 적이 있습니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

If YES, please list all countries of recent travel 「답변이 예인
경우, 최근 여행의 모든 국가를 나열하십시오.

Please list all countries which you will be visiting in the next
few days/weeks/months 향후 며칠/몇 주/몇 달 후에
방문할 모든 국가를 나열하십시오.

DISCLAIMER

부인

Although this form is detailed, it is neither a comprehensive nor an exhaustive listing of all possible pre-existing or current medical or dental conditions, or potential medical or dental clinical emergencies which patients may encounter and present with in a healthcare setting.

The ultimate responsibility for conveying an accurate and a complete medical history and accurate and complete patient symptoms to healthcare personnel during a healthcare visit, including a medical emergency lies with the patient or the patient' s legal guardian.

As such, by using the Global Health Passport form, you release Global Health Passport, LLC from any legal liability arising from its usage, including but not limited to any current or future untoward consequences due to an omission, error, or miscommunication directly or indirectly arising as a result of having used the Global Health Passport formulary.

This document is being provided as is and Global Health Passport, LLC disclaims any warranty of merchantability or fitness for a particular purpose in connection with your purchase and use of this document.

이 양식은 상세하지만, 환자가 의료 환경에서 마주치고 나타날 수 있는 모든 가능한 기존 또는 현재의 의료 또는 치과 질환 또는 잠재적인 의료 또는 치과 임상 응급에 대한 포괄적이거나 철저한 목록은 아님을 알려드립니다.

의료 비상사태를 포함한 의료 방문 중 의료진에게 정확하고 완전한 의료 기록과 정확하고 완전한 환자 증상을 전달하는 궁극적인 책임은 환자 또는 환자의 법적 보호자에게 있습니다.

따라서, 링고 메디코 패스포트(Lingo Medico passport) 양식을 사용함으로써 귀하는 Lingo Medico passport, LLC를 사용함으로써 인해 발생하는 법적 책임으로부터 해방됩니다. 여기에는 누락, 오류 또는 직간접적으로 발생하는 직간접적인 통신 오류로 인한 현재 또는 미래의 모든 결과가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

본 문서는 그대로 제공되며 Lingo Medico passport, LLC는 본 문서의 구입 및 사용과 관련하여 상품성 또는 특정 목적에 대한 적합성에 대한 보증을 부인합니다.

QUICK REFERENCE

목록

Abdomen	복부
Medical History	진료 이력 16 - 17
Current Symptoms	현재 증상 27 - 29
Allergies	알레르기 9
Chest/Thorax	가슴/흉부
Medical History	진료 이력 15 - 16
Current Symptoms	현재 증상 20 - 24
Dental Section	치과 관련 34 - 36
Genitourinary	비뇨기
Medical History	진료 이력 17
Current Symptoms	현재 증상 29 - 30
Head and Neck	머리와 목
Medical History	진료 이력 15
Current Symptoms	현재 증상 24 - 27
Medications	약물 10
Men's Health	남성 건강
Medical History	진료 이력 18
Current Symptoms	현재 증상 31
Musculoskeletal	근골격
Medical History	진료 이력 19
Current Symptoms	현재 증상 32 - 33
PRE-CT	PRE-CT 7 - 8
PRE-MRI	PRE-MRI 12 - 14
Skin	피부
Medical History	진료 이력 19
Current Symptoms	현재 증상 34
Surgical History	수술 이력 11 - 12
Women's Health	여성 건강
Medical History	진료 이력 17 - 18
Current Symptoms	현재 증상 30 - 31
Zica/Dengue Fever	지카 바이러스 / 뎅기열 6 - 7

PASSPORT INSTRUCTIONS

패스포트 지침

Global Health Passport is divided into three sections: 글로벌 헬스 패스포트는 다음 세 부분으로 나뉩니다.

- ☐ Section I. Medical History (pp. 7-19). 섹션 I. 의료 기록 (7-19페이지)
- ☐ Section II. Current Medical Symptoms (pp. 6-7 & 20-34). 섹션 II. 현재 의학적 증상(6-7페이지 및 20-34페이지)
- ☐ Section III. Current Dental Symptoms (pp. 34-36). 현재 치아 증상(34-36페이지)

Fill out your Global Health Passport 글로벌 건강 패스포트 작성.

☐ Step 1 1 단계

Fill out all of Section I (Medical History). 섹션 I(의학 기록)을 모두 작성합니다.

Check mark (✓) all the boxes that apply to your medical history. 의료 기록에 적용되는 모든 상자에 (✓) 표시를 합니다.

☐ Step 2 2 단계

Fill out Section II (Current Medical Symptoms) if you are currently having medical symptoms or issues. 현재 의료 증상이나 문제가 있는 경우 섹션 II(현재 의료 증상)를 작성합니다.

Check mark (✓) all the boxes that relate to your current medical symptoms or issues. 현재 의료 증상 또는 문제와 관련된 모든 상자에 (✓) 표시를 하십시오.

☐ Step 3 3 단계

Fill out all of Section III (Current Dental Symptoms) even if you are just having a dental check up or a dental cleaning. 치과 검진이나 치과 세척을 받는 경우에도 섹션 III(현재 치아 증상)를 모두 작성하십시오.

Make sure that Section I has been completely filled out. 섹션 I이 완전히 작성되었는지 확인합니다.

EMERGENCY PHRASES

비상상황 문구

Use these phrases in a medical or dental emergency. **의료용 또는 치과용 비상시에 이 문구를 사용하십시오.**

Medical Emergency **의료적 비상상황**

- ☐ I'm having a medical emergency. **저는 지금 의료적으로 비상상황에 처해있습니다.**
- ☐ Please take me to the nearest hospital. **가장 가까운 병원으로 데려다 주세요.**
- ☐ Please call a cab for me. **택시를 불러 주세요.**
- ☐ Please call the local 3-digit emergency phone number for me. **지역 비상 전화번호 세 자리만 불러주세요.**
- ☐ Please give me the 3-digit emergency phone number used here. **이 지역에서 사용되는 비상 전화번호 세 자리만 불러주세요.**

Dental Emergency **치과적 비상상황**

- ☐ I'm having a dental emergency. **저는 치과적으로 비상상황에 처해있습니다.**
- ☐ Please take me to a dentist's office. **치과에 데려다 주세요.**
- ☐ Please direct me to the nearest dentist. **가장 가까운 치과에 가는 길을 가르쳐 주세요.**

My information **나의 정보**

- ☐ This booklet contains my personal medical history. **이 소책자에는 제 개인 병력이 포함되어 있습니다.**
- ☐ Please use my medical information provided in this booklet. **이 책자에 나와 있는 제 의료 정보를 이용해 주십시오.**
- ☐ My allergies are listed on page 9 of this booklet. **저의 알레르기 관련해서 9페이지에 나와 있습니다.**
- ☐ I don't speak the local language. **저는 현지어를 할 줄 모릅니다.**

FEMALES / ZICA

여성 / 지카바리러스

Are you pregnant? 임신 중이십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지않음

When was your last menstrual period? 마지막 생리 기간은 언제였습니까? _____

Do you currently have? 현재 아래 증상이 있습니까?

- ☐ Fever 열
☐ Rash 발진
☐ Joint pain 관절통
☐ Conjunctivitis (pink eye) 결막염(안구 출혈)

Have you had any recent insect bites? 최근에 벌레에 물린 적이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

If yes, what type of insect? 「답변이 '예' 이면, 어떤 벌레입니까?

☐ Mosquito 모기 ☐ Spider 거미 ☐ Tick 진드기

DENGUE FEVER

덴기열

Have you had a recent mosquito bite? 최근에 모기에 물린 적이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Are you pregnant? 현재 아래 증상이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you currently have? 현재 아래 증상이 있습니까?

- ☐ Sudden high fever (40° C/104° F) 갑작스러운 고열 (40° C / 104° F)
☐ Severe headaches 심각한 두통
☐ Pain behind the eyes 눈 안쪽에 통증
☐ Severe joint and muscle pain 심한 관절 및 근육통
☐ Nausea 메스꺼움

- ☐ Vomiting 구토
- ☐ Swollen lymph nodes 림프절 부종
- ☐ Skin rash 피부 발진

CAUTION 경고

- ☐ Fever dropping below 38° C/100° F 열이 38° C/100° F 이하로 떨어짐
- ☐ Severe abdominal pain 심한 복통
- ☐ Persistent vomiting 지속성 구토
- ☐ Blood in your urine, stools, or vomit 소변, 대변 또는 구토에 있는 혈액
- ☐ Bleeding from your nose or gums, or bleeding under the skin which may look like bruising 코나 잇몸에서 피가 나거나 피하 출혈로 인해 타박상처럼 보임
- ☐ Difficult or rapid breathing 호흡 곤란 또는 빠른 호흡
- ☐ Cold or clammy skin 차갑거나 습한 피부
- ☐ Fatigue 피로
- ☐ Irritability or restlessness 초조함 또는 불안감

IMPORTANT

정보

Do you only have one kidney? 신장이 하나밖에 없으십니까?

- ☐ Yes, one kidney 예, 하나밖에 없습니다.
- ☐ No, both kidneys 아니오, 둘 다 있습니다.

Are you, your child, or the individual presenting today under your care allergic to iodine or seafood (shrimp), and/or have you or they had a bad or adverse reaction (such as a skin: rash, redness, or itching) and/or difficulty breathing or swallowing when you or they have had dye (iodinated contrast medium) previously injected intravenously during or immediately after a prior medical/radiologic procedure? 요오드나 해산물(새우)에 알레르기가 있는 사람입니까, 아니면 부모님이 그런 증상이 있습니까? 그리고/또는 여러분 또는 그들이 좋지 않거나 부정적인 반응을 보였습니까(예: 피부: 발진, 홍조 또는 가려움) 그리고/또는 숨을 쉬거나 삼키는 데 어려움을 겪습니까? 또는 이전에 의료/생리학 적 시술 도중 또는 직후에 염료(요오드 조영제)를 정맥 주사한 적이 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오
- ☐ Not Sure 확실하지 않음

If yes, please list the type of reaction 「답변이 '예'이면,
반응의 유형을 나열하십시오.

- ☐ Difficulty breathing 호흡 곤란
- ☐ Difficulty Swallowing 삼키기가 어려움
- ☐ Skin 피부
 - ☐ Rash 발진
 - ☐ Redness 홍조
 - ☐ Itching 가려움증

Do you, your child, or this individual under your care need to receive or has ever previously received a premedication drug regimen prior to having a radiologic examination such as a CT Scan, or a kidney examination such as Intravenous Pyelography (IVP), or any other medical study utilizing dye (an iodinated contrast medium) injected intravenously due to a prior allergic response to the dye (injected iodinated contrast medium)? 귀하, 또는 귀하의 자녀 또는 귀하가 돌보고 있는 개인은 CT 스캔과 같은 방사선학적 검사, IVP와 같은 신장 검사 또는 정맥 주사된 염료(요오드화 조영제)를 사용하는 다른 의학 연구를 받기 전에 사전 약물 요법을 받아야 합니까? 염료(요오드화 조영제)에 대한 사전 알레르기 반응 때문입니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

ALLERGIES

알레르기

Do you have food allergies? 특정 음식에 대한 알레르기가 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오
- ☐ Gluten/Wheat 밀가루/밀
- ☐ Peanuts 견과류
- ☐ Cow's Milk 우유
- ☐ Eggs 계란
- ☐ Shrimp/Shellfish 새우/조개류
- ☐ Fish 어류
- ☐ Tree Nuts (Walnuts, Cashews) 나무 견과류(호두, 캐슈)
- ☐ Soy 대두
- ☐ Iodinated contrast agents/dye 요오드화 콘트라스트 촉진제/염색제
- ☐ Other 기타 _____

Medications 약물

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, which medications? 「답변이 '예' 이면, 어떤 약물입니까?

Are you allergic to penicillin? 페니실린에 알레르기가 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you allergic to other antibiotic(s)? 기타 다른 항생제에는 알레르기가 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Which one(s) 어떤 약물입니까?

Are you allergic to bee stings or other insect bites? 벌에 쏘이거나 다른 벌레에 물린 것에 대한 알레르기가 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Current Medications

현재 복용중인 약물

Name of Medication / Dose 약물명 / 투여량

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

SURGICAL HISTORY

수술 이력

Appendectomy (surgical removal of your appendix) 맹장 절제술
(맹장 수술적 제거)

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Cholecystectomy (surgical removal of your gallbladder) 쓸개
절제술(쓸개 수술적 제거)

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Surgery to your stomach, small intestines, or colon 위, 소장
또는 결장에 대한 수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Other abdominal surgery 기타 복부수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Placement of brain aneurysmal clips for a prior brain aneurysm
correction 사전 뇌동맥류 교정을 위한 뇌동맥류 클립 삽입

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Other brain or spinal cord surgery 기타 뇌 또는 척수 수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Orthopedic, neurologic, or plastic surgery 정형외과, 신경외과
또는 성형외과

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Hysterectomy (surgical removal of the uterus), surgical removal
of an ovary(ovaries), or fallopian tube(s) 자궁절제술(자궁의
외과적 제거), 난소(난소), 또는 나팔관의 외과적 제거

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Other pelvic surgery 기타 골반 수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Vasectomy, orchidectomy (surgical removal of a testicle), or
prostatic surgery 정관 절제술, 고환 절제술(고환의 외과적
제거) 또는 전립선 수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Cardiac or other thoracic surgery 심장 또는 기타 흉부외과

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Surgical removal of a kidney 신장의 외과적 제거

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Other surgery not listed above 위에 나열되지 않은 기타 수술

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

PRE-MRI (MAGNETIC RESONANCE IMAGING) STUDY HISTORY

MRI 촬영이력

Do you have an allergy to MRI contrast? MRI 조영제에 대한 알레르기가 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you only have one kidney? 신장이 하나 밖에 없으십니까?

☐ Yes, only one kidney 예, 신장이 하나 밖에 없습니다.

☐ No, I still have both kidneys 아니오, 신장이 두개다 있습니다.

Are you claustrophobic and/or have you previously experienced difficulties prior or during an MRI examination? 폐소공포증이 있거나 MRI 검사 전, 또는 검사 중에 어려움을 겪은 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a cardiac pacemaker, or retained pacemaker leads in place? 심장 박동기가 있거나 심장 박동기의 리드를 착용하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a carotid sinus pacemaker in place? 경동맥 부비동 심박조율기를 사용하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a prosthetic heart valve, inferior vena cava filter, biliary or vascular stent, IUD (Intrauterine Device), or a metallic prosthesis in place, in which there is a doubt or concern as to positional stability? 위치 안정성에 의심이나 우려가 있는 인공 심장 판막, 하부 정맥 필터, 담관 또는 혈관 스텐트, IUD(Intruterine Device) 또는 금속 보형물이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have an automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) in place? 자동 이식형 심박동 제세동기(AICD) 를 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have an insulin pump in place? 인슐린 펌프를 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a neurostimulator in place? 신경 자극제를 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a non-graphite spinal cord tong in place? 비흑연 척수 집게를 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a cochlear implant in place? 달팽이관 이식을 하셨습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a stapedial implant in place? 등골 관련 삽입물을 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a known metallic foreign body (metal sliver) in your eye, or have you ever been or are you currently a welder? 눈에 알려진 금속 이물질(금속 은)이 있습니까? 아니면 용접공이었던 적이 있거나 현재 용접공입니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a brain aneurysmal clip from a prior surgery? 과거 수술에서 뇌동맥류 클립을 삽입한 적이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a Thermodilution Swan Ganz Catheter in place? 열희석 스완 간즈 카테터가 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have other possible surgical/or nonsurgical metal in or on your body such as a stainless steel spinal metallic device or devices? 스테인레스강 척추 금속 장치 또는 유사한 장치와 같이 몸에 삽입된 수술/비수술 금속이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have an eyelid tattoo? 눈꺼풀 문신이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

의료이력- 시스템 리뷰

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed? 출혈 경향이 증가하는 혈우병이나 다른 응고 결핍 관련 병력이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have diabetes? 당뇨병이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

If you have diabetes, are you on 당뇨병이 있으시다면, 현재

☐ Oral diabetes medication(s) 경구 당뇨병 치료제 복용 중이십니까?

☐ Do you inject insulin? 인슐린을 투여 중이십니까?

If you have a history of diabetes, do you currently have? 만약 당뇨병 병력이 있다면, 현재 아래 증상이 있으십니까?

☐ Nausea or vomiting 메스꺼움 또는 구토

☐ Excessive thirst 과도한 갈증

☐ Shortness of breath 호흡곤란

☐ Frequent urination 빈뇨

☐ Confusion 혼동

☐ Abdominal pain 복통

Are you immunocompromised or are you currently receiving chemotherapy? 면역력이 떨어졌거나, 현재 화학요법을 받고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

HEAD AND NECK 머리와 목

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

- ☐ Chronic moderate to severe headaches 만성적인 심각한 두
- ☐ Blurred Vision 흐릿한 시야
- ☐ Visual loss 시력 손실
- ☐ Hearing loss 청력 손실
- ☐ Memory loss 기억 상실
- ☐ Loss of consciousness 의식 상실
- ☐ Fainting spells 실신
- ☐ A seizure history 발작 이력
- ☐ A history of chronic dizziness or loss of balance 만성 어지럼증 또는 균형감각 상실 이력
- ☐ Muscle Weakness or Chronic Fatigue 근육 약화 또는 만성 피로
- ☐ Stroke 뇌졸중
- ☐ A history of neurological conditions such as Parkinson' s disease, multiple sclerosis, or Huntington' s chorea 파킨슨병, 다발성 경화증, 헌팅턴 병과 같은 신경 질환의 병
- ☐ Chronic moderate to severe sore throat 만성 중등도에서 심한 인후염
- ☐ Alcohol or drug abuse 알코올 또는 약물 남용
- ☐ Head or neck cancer 두경부

CHEST / THORAX 가슴/흉부

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

Asthma 천식

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Bronchitis 기관지염

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음
- ☐ Lung cancer 폐암
- ☐ Breast cancer 유방암
- ☐ Recent cold, flu, or pneumonia 최근에 감기, 독감 또는 폐렴
- ☐ Recent fever, chills, or cough 최근에 발열, 오한 또는 기침
- ☐ Pneumocystis carinii pneumonia or other HIV related medical conditions. 폐렴구균 카리니 폐렴 또는 기타 HIV 관련 진료 중인 상태
- ☐ Other Pulmonary Conditions Not Listed Above 위에 나열되지 않은 기타 폐 관련 증상
- ☐ History of a heart attack 심장 마비 병력
- ☐ Other heart related conditions 기타 심장 관련 질환
- ☐ Cardiac pacemaker placement 심장 박동 조절기 사용 중
- ☐ History of congestive heart failure 울혈성 심부전의 병력
- ☐ Do you sleep with multiple pillows 베개를 여러 개 베고 주무시나요?
- ☐ Do you have foot or ankle swelling 발이나 발목에 부종이 있습니까?
- ☐ History of known irregular heartbeats (arrhythmias) 알려진 불규칙한 심장박동 병력(부정맥)
- ☐ Do you have History of a blood clotting disorder 혈액 응고 장애의 병력이 있습니까?
- ☐ High blood pressure 고혈압

ABDOMEN 복부

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

- ☐ Stomach or intestinal cancer 위암 또는 장암
- ☐ Liver cancer 간암
- ☐ Diverticulitis 게실염
- ☐ Prior colonic polyp removal 결장 용종 제거 전

- ☐ Prior history of irregular bowel movements with periods of constipation and/or diarrhea 변비 및/또는 설사를 동반한 불규칙한 배변 이력
- ☐ History of visible blood after a bowel movement 배변 후 변기에 피가 보인 적이 있음
- ☐ History of hemorrhoids 치질 이력
- ☐ History of peptic ulcers (esophageal, gastric, or duodenal ulcers) 소화성 궤양(식도, 위, 십이지장 궤양)의 병력
- ☐ Prior endoscopy or colonoscopy 이전에 내시경 또는 대장내시경 검사
- ☐ Crohn's disease or ulcerative colitis 크론병 또는 궤양성 대장염

Do you still have your appendix? 아직도 맹장이 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

GENITOURINARY 비뇨기

Do you only have one kidney? 신장이 하나 밖에 없으십니까?

- ☐ Yes, only one kidney 신장이 하나 밖에 없습니다.
☐ No, I still have both kidneys 아니오, 신장이 두개다 있습니다.

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까

- ☐ History of kidney stones 신장결석의 이력
- ☐ Visible blood upon urination without pain 통증 없이 소변 볼 때 보이는 혈액
- ☐ History of urinary tract infections 요로감염 병력
- ☐ Cancer of the kidneys, ureters, or urinary bladder 신장, 요관 또는 방광의 암

FEMALES 여성

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

- ☐ Ovarian, endometrial, or cervical cancer 난소암, 자궁내막암, 자궁경부암

Are you menopausal? 갱년기이십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, do you have pelvic pain or unusual chronic pelvic symptoms? 답변이 '예' 라면, 골반 통증이나 비정상적인 만성 골반 증상이 있습니까

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Possible current venereal disease? 현재의 성병을 앓고 있을 가능성은 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

History of heavy menstrual flow or irregular menstrual periods 생리량이 많거나 생리 불순 이력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

History of pelvic inflammatory disease 골반염증 병력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

PREGNANCY HISTORY 임신 이력

History of a spontaneous abortion of a pregnancy 임신 중절의 이력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

History of an ectopic (outside of the uterus) pregnancy 이소성(자궁외) 임신 이력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

History of current pain or bleeding related to pregnancy 임신과 관련된 현재 통증 또는 출혈 이력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

History of a cesarian section 제왕절개 이력

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Complications during delivery 출산 중 합병증

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

MALES 남성

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

☐ Prostate Cancer 전립선암

☐ Testicular cancer 고환암

☐ Difficulty starting urination 배뇨를 시작하기 어려움

☐ Pain during urination 배뇨 중 통증

☐ Penile discharge 음경 배출

MUSCULOSKELETAL 근육격

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

- ☐ Arthritis 관절염
- ☐ Recent bone fracture 최근 골절
- ☐ Bone cancer 골암
- ☐ Muscle related tumor/cancer 근육 관련 종양/암
- ☐ Bone or joint pain 뼈 또는 관절 통증
- ☐ Fibromyalgia or other muscular disorder 섬유근육통 또는 기타 근육 장애

SKIN 피부

Do you have any of the following conditions? 다음 중 어떤 증상을 앓고 계십니까?

- ☐ Lupus or other autoimmune disease 루푸스 또는 기타 자가면역 질환
- ☐ Melanoma or other form of skin cancer 흑색종 또는 다른 형태의 피부암
- ☐ A mole, wart, or other skin lesion that is enlarging or changing color 색이 진해지거나 변화하는 점, 사마귀 또는 기타 피부 병변
- ☐ Recent insect bites from a 최근에 다음 벌레에 물린 적이 있습니까?
 - ☐ Mosquito 모기
 - ☐ Spider 거미
 - ☐ Tick 진드기

PLEASE REVIEW ALL OF THE BODY SECTIONS BELOW AND CHECK MARK (✓) ALL THE BOXES THAT APPLY TO YOU.

아래의 모든 본문 섹션을 검토하고 해당되는 모든 상자에 (✓) 표시를 하십시오.

- ☐ I. THORAX/CHEST 가슴/흉부
- ☐ II. HEAD AND NECK 머리와 목
- ☐ III. ABDOMEN 복부
- ☐ IV. GENITOURINARY 비뇨기
- ☐ V. MUSCULOSKELETAL 근골격
- ☐ VI. SKIN 피부
- ☐ VII. DENTAL 치과

I. THORAX / CHEST 가슴/흉부

CHEST PAIN 가슴 통증

- ☐ Mild 가벼움 ☐ Moderate 중간 ☐ Severe 심함

Radiation of chest pain to 가슴에서 다음 부위로 전이

- ☐ Neck or jaw 목 또는 턱
- ☐ One or both arms 한쪽 팔 또는 양쪽 팔
- ☐ Back 등
- ☐ Stomach 위

Did the chest pain just start? 가슴 통증이 방금 시작되었습니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Does the chest pain last for more than a few minutes? 가슴 통증이 몇 분 동안 지속됩니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Would you describe the pain as "an elephant sitting on your chest" ? 그 통증이 "가슴에 코끼리가 앉아 있는 것"같은 정도입니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Have you had such a chest pain before? 이전에 그렇게 가슴이 아팠던 적이 있으십니까?

- ☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of heart disease and/or a prior heart attack? 심장병 및/또는 이전에 심장마비를 앓은 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of congestive heart failure? 울혈성 심부전 병력이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently have cold sweats or night sweats? 현재 식은땀이 나거나 밤에 식은땀이 납니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you currently nauseous? 현재 메스꺼우십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you currently lightheaded? 현재 머리가 어지럽습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you currently short of breath with or without chest discomfort? 현재 가슴의 불편함이 있거나 없거나 숨이 차십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you take a prescribed medicine for your chest pain? 가슴 통증에 처방 받은 약을 드십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Did you fall or bruise your ribs? 넘어지거나 갈비뼈에 타박상을 입으셨나요?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you coughing currently? 현재 기침이 납니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of prior heart surgery? 이전에 심장 수술을 받은 전력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently have a cardiac pacemaker in place? 현재 심장 박동기를 사용하고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you smoke: cigars, cigarettes, or a pipe? 파이프 담배, 담배,
시가와 같은 담배를 피우십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you smoke, how long have you been smoking? 담배를
피운다면, 얼마나 오랫동안 피웠습니까?

☐ Months 수 개월 ☐ Years 수 년

COUGH 기침

- ☐ Bloody sputum 혈담
- ☐ Productive cough (phlegm) 기침(가래)
- ☐ Dry cough 마른 기침
- ☐ Duration of Cough 기침이 난 기간
 - ☐ Two days or less 2일 이내
 - ☐ A week 1주
 - ☐ A few weeks 몇 주
 - ☐ A month or longer 1년 이상

Do you currently have 현재 아래의 증상이 있습니까?

- ☐ Wheezing 천명
- ☐ Aches in muscles and/or joints 근육 및/또는 관절의 통증
- ☐ Fever or chills 발열 또는 오한
- ☐ Ear or throat pain 귀 또는 목의 통증
- ☐ Runny nose 콧물
- ☐ Weakness or extreme fatigue 허약 또는 극도의 피로
- ☐ Headache 두통
- ☐ Pain around your eyes 눈 주위의 통증

Have you had a flu shot in the recent past? 최근에 독감
예방주사를 맞은 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Have your flu/cold like symptoms come on suddenly? 독감/
감기 같은 증상이 갑자기 나타난 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Does your child have flu/cold-like symptoms with 자녀에게
다음과 같은 독감/감기 증상이 있습니까?

☐ Vomiting 구토

☐ Diarrhea 설사

Do you have a history of asthma? 천식 이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, are you currently experiencing great difficulty breathing?
답변이 '예' 라면, 현재 호흡에 큰 어려움을 겪고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you use an inhaler or take any medications for asthma?
천식에 흡입기를 사용하거나 약을 복용하십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, do you have the asthma inhaler/medication with you?
답변이 '예' 라면, 천식 흡입기/약물을 가지고 계십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs?
다리나 폐에 혈전이 생긴 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you out of breath now? 현재 숨이 가쁘세요?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, are you very much out of breath? 답변이 '예' 라면,
여러분은 숨이 많이 차나요?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a locally sharp chest pain when you take a breath?
숨을 쉴 때 국소적으로 날카로운 흉통이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Were you in a recent car accident or have you had other chest
trauma? 최근에 교통사고를 당했거나 다른 흉부 외상을 입은
적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of tuberculosis? 결핵의 병력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

II. HEAD AND NECK 머리와 목

HEADACHE 두통

☐ Mild 가벼움 ☐ Moderate 중간 ☐ Severe 심함

Duration 증상 기간

☐ Started today 오늘부터 시작

☐ Days 몇 일간

☐ Comes and goes 왔다갔다함

Would you describe the headache as "the worse headache of your life" 두통을 "일상적인 삶에서 더 심한 두통"이라고 묘사할 수 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of high blood pressure? 고혈압 이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you take a medication for the high blood pressure? 고혈압 약을 복용하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently take a medication to "thin your blood" ? 현재 피를 묽게 하는 약을 복용하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs? 다리나 폐에 혈전이 생긴 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of a heart defect since birth? 태어날 때부터 심장 질환의 병력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

If yes, has the heart defect been surgically corrected? 답변이 '예' 라면, 심장 결함이 수술로 인한 것입니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Dizziness/vertigo 현기증/어지럼증

☐ Mild 가벼움 ☐ Moderate 중간 ☐ Severe 심함

Duration 증상 기간

☐ Started today 오늘부터 시작

☐ Days 몇 일간

☐ Comes and goes 왔다갔다함

VISION 시력

Blurred 흐릿한 시야

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Visual Loss 시력 손실

☐ Partial 부분적

☐ Complete 완전

☐ Involving One Eye 한 쪽 눈

☐ Involving Both Eyes 두 눈 모두

Neck pain or stiffness 목의 통증 또는 뻣뻣함

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Unable or difficult to move head to sides or down 머리를
옆으로 또는 아래로 움직일 수 없거나 움직이기 어렵습니다.

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are your eyes red, painful, or sensitive to light? 눈이 빨갛거나,
아프거나, 빛에 민감하십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Hearing loss 청력 손실

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Slurred speech or recent inability to speak 말이 똑바로 나오지
않거나, 전혀 나오지 않습니다.

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Current arm or leg weakness 현재 팔 또는 다리가 약합니다.

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of Atrial Fibrillation? 심방세동 병력이
있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have a history of an irregular heart beat (arrhythmia)? 불규칙한
심장 박동 (부정맥) 이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Does one side of your face droop? 얼굴 한쪽이 아래로 처 집습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you raise an arm, does it drift downward? 팔을 올리면 아래로
떨어집니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Current Nose Bleed 현재 코피를 흘립니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have bleeding from the ears? 귀에서 출혈이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have difficulty with swallowing? 삼키는데 어려움이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, do you have difficulty swallowing? 답변이 '예' 라면, 삼키기가
어렵나요?

☐ Liquids 액체 ☐ Solids 고체 ☐ Pills 알약

Do you have a history of sinus problems and/or current sinus pain?
부비동 문제 및/또는 현재 부비동 통증의 병력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Did you or your child swallow a chicken or a fish bone, or other
foreign body? 여러분이나 여러분의 자녀가 닭이나 생선 가시를
삼켰습니까?, 아니면 다른 이물질 을 삼켰습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you have sore throat pain? 목이 아프십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you do have a sore throat, is the throat pain getting worse or not
going away? 목이 아프면 목의 통증이 더 심해지거나, 나아지지
않습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you do have a sore throat, for how long have you had it?

만약 목이 아프다면, 얼마나 오랫동안 아팠습니까?

☐ Pain started today 오늘 고통이 시작됨

☐ A few days ago 몇 일전부터

☐ More than a week ago 1주일 이상 전부터

Do you have a history of epilepsy or a recent seizure? 뇌전증

또는 최근 발작 이력이 있습니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

Have you fainted or have you experienced loss of consciousness recently? 기절하거나 의식을 잃은 적이 있습니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

III. ABDOMINAL 복부

Other foreign travel recently? 최근에 다른 국가로 해외여행을
가진 적이 있습니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

Where 국가명 _____

Do you drink alcoholic beverages? 술을 마십니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

Have you recently or are you currently vomiting? 최근에 구토를
한 적이 있거나, 현재 구토를 하는 중 입니까?

☐ Yes 예

☐ No 아니오

Would you describe the vomiting as 구토의 강도는 어느 정도
입니까?

☐ Mild 가벼움

☐ Moderate 중간

☐ Severe 심함

Bloody vomit 구토에 피가 섞여 있음

☐ Yes 예

☐ No 아니오

Duration of vomiting 구토의 증상 기간

☐ Started today 오늘부터 시작

☐ Days 몇 일간

☐ Comes and goes 왔다갔다함

Do you currently have diarrhea? 현재 설사를 하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you currently have diarrhea, would you describe it as 만약 현재 설사를 하고 있다면, 어느 정도입니까?

Bloody 피가 섞여 있음

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Duration of diarrhea 설사의 증상 기간

☐ Days 몇 일간

☐ A Week 1주

☐ Longer 그 이상

When you have a bowel movement do you have? 대변 후에 변기에 변의 상태는 어떻습니까?

☐ Dark to very dark stools 어둡거나 매우 어두운 색깔

☐ Blood in the stools 피가 섞여 있음

Do you have periods of diarrhea followed by constipation? 변비 다음에 바로 설사가 시작되는 시기가 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently have abdominal pain? 현재 복통이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If you currently have abdominal pain, would you describe the pain as 만약 현재 복통이 있다면, 그 통증을 어느 정도입니까?

☐ Mild 가벼움 ☐ Moderate 중간 ☐ Severe 심함

The abdominal pain is 비정상적인 고통의 위치는

☐ Right side 오른쪽

☐ Left side 왼쪽

☐ Mid-abdomen near your belly button 배꼽 근처 복부 중간

☐ All over your stomach 복부 전체

Duration of abdominal pain 복통의 증상 기간

☐ Started today 오늘부터 시작

☐ Days 몇 일간

☐ Comes and goes 왔다갔다함

Pain starts in the abdomen but radiates to back 통증은
복부에서 시작되어 등까지 연결됩니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Abdominal pain 복통은

☐ Decreases with eating 먹을수록 복통은 줄어든다.

☐ Unaffected by eating 먹는 것과 상관없다.

Did you just eat something that's "making you feel sick" ?
방금 "몸이 안 좋아지는" 음식을 드셨습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of peptic ulcers? 소화성 궤양의 병력이
있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have stomach pain after you eat something fatty or
greasy? 지방이 많거나 기름진 음식을 먹은 후에 복통이
있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Have you had your gallbladder surgically removed? 쓸개를
수술로 제거하셨습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Have you had dramatic non intended weight loss in the last
few months? 지난 몇 달 동안 의도하지 않은 급격한 체중
감소가 있었습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

IV. GENITOURINARY 비뇨기

Do you currently have or have you ever had kidney stones?
현재 신장 결석이 있거나 있었던 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Do you currently have flank pain? 현재 옆구리 통증이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you currently on renal or peritoneal dialysis? 현재 신장
투석 중이거나 복막 투석 중이십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently have or have you ever had a urinary tract infection?

현재 요로 감염이 있거나 발생한 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you sexually active? 성행위가 가능하십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

☐ I prefer not to answer 답변하고 싶지 않음

Are you HIV positive? HIV 양성입니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

☐ I prefer not to answer 답변하고 싶지 않음

FEMALES 여성

Are you currently breast feeding? 현재 모유 수유 중이십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you pregnant? 임신 하셨습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

If yes, when was your last pelvic ultrasound? 답변이 '예'라면, 언제 마지막으로 골반 초음파를 했습니까?

If yes, are you currently bleeding/or discharging per vagina?

답변이 '예'라면, 현재 질에서 출혈이나 배출물이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, do you have pelvic pain that just started? 답변이 '예'

라면, 이제 막 시작된 골반 통증이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have history of a prior pregnancy with associated complications? 합병증을 동반한 임신 경력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a prior history of a miscarriage? 유산한 이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you currently have lower abdominal or pelvic pain? 현재 하복부나 골반 통증이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have excessive or prolonged menstrual bleeding? 월경 출혈이 과도하거나 오래 지속됩니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a current nipple discharge? 현재 유두 분비물이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Have you recently felt a lump in your breast(s)? 최근에 가슴에 혹이 생긴 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have painless bleeding during urination? 소변을 볼 때 통증이 없는 출혈이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

MALES 남성

Do you currently have painful urination, and/or a penile discharge? 현재 통증이 있는 배뇨 및/또는 음경 배출이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have painless bleeding during urination? 소변을 볼 때 통증이 없는 출혈이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have to urinate often during the day, or do you get up frequently at night to urinate? 낮에 소변을 자주 보거나, 밤에 자주 일어나 소변을 보니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have difficulty during urination? 소변을 보는 동안 어려움을 겪으십니까??

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Did you sustain trauma to your testicles recently? 최근에 고환에 외상이 있었습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

V. MUSCULOSKELETAL 근육격

Have you fallen or injured yourself causing back/neck, chest, arm, leg, or other skeletal body area pain and/or bleeding?
넘어지거나 부상을 입어 등/목, 가슴, 팔, 다리 또는 기타 골격 부위가 아프거나 출혈이 발생한 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, where does it currently hurt? 답변이 '예' 라면, 현재 어디가 아프십니까?

☐ Head 머리

☐ Neck 목

☐ Back 등

☐ Chest/ribs 가슴/갈비뼈

☐ Right side 오른쪽

☐ Left side 왼쪽

☐ Right shoulder 오른쪽 어깨

☐ Right upper arm 오른쪽 상박

☐ Right elbow 오른쪽 팔꿈치

☐ Right lower arm 오른쪽 하박

☐ Right wrist 오른쪽 손목

☐ Right hand 오른쪽 손

☐ Right fingers 오른쪽 손가락

☐ Right hip 오른쪽 엉덩이

☐ Right upper leg 오른쪽 위 다리

☐ Right knee 오른쪽 무릎

☐ Right lower leg 오른쪽 아래 다리

☐ Right ankle 오른쪽 발목

☐ Right foot 오른쪽 발

☐ Left shoulder 왼쪽 어깨

☐ Left upper arm 왼쪽 상박

☐ Left elbow 왼쪽 팔꿈치

☐ Left lower arm 왼쪽 하박

☐ Left wrist 왼쪽 손목

☐ Left hand 왼쪽 손

☐ Left fingers 왼쪽 손가락

- ☐ Left hip 왼쪽 엉덩이
- ☐ Left upper leg 왼쪽 위 다리
- ☐ Left knee 왼쪽 무릎
- ☐ Left lower leg 왼쪽 아래 다리
- ☐ Left ankle 왼쪽 발목
- ☐ Left foot 왼쪽 발

Do you have a prior history of blood clots in your legs? 다리에
혈전이 생긴 적이 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Do you currently have pain in the back of your knee? 현재 무릎
뒤쪽에 통증이 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Do you have pain and/or muscle stiffness? 통증 및/또는 근육
경직이 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

If yes, is the muscle pain or rigidity chronic? 답변이 '예' 라면,
근육통이나 경직이 만성적입니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Do you currently have soft tissue swelling due to trauma? 현재
외상으로 인해 연부조직이 붓고 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Is the soft tissue swelling possibly associated with an abscess or
an infection? 연부 조직이 부풀어 오른 것이 농양이나 감염과
관련이 있습니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Does the swelling appear warm to the touch? 만져보면 부어
오른 부분이 따뜻합니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

Does the swelling appear to be hard or unmovable? 부기가
딱딱하거나 움직이지 않는 것처럼 보입니까?

- ☐ Yes 예
- ☐ No 아니오

VI. SKIN 피부

Have you had any recent insect bites (mosquitoes, spiders, ticks, or other insects)? 최근에 모기, 거미, 진드기 또는 다른 곤충에 물린 적이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Have you just had a bite/scratch from a snake, dog, cat, or other animal? 여러분은 뱀, 개, 고양이 또는 다른 동물에게 물린 적이 있으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have any unusual skin sores, welts, rashes, or other skin lesions? 특이한 피부염, 웰트, 발진 또는 다른 피부 병변이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of a prior allergic skin reaction (contact dermatitis) to different soaps or other substances applied to the skin? 피부에 도포된 다른 비누나 다른 물질에 대한 이전의 알레르기 피부 반응(접촉 피부염)이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오 ☐ Not Sure 확실하지 않음

Did you recently step on glass, a nail, or other foreign body that pierced your skin? 최근에 유리, 못 또는 다른 이물질을 밟았습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If so, which part of your body? 그렇다면, 몸의 어떤 부위입니까?

Do you currently have a severe sunburn? 현재 햇볕에 심하게 그을렸습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

VII. DENTAL HISTORY 치과 이력

Do you have a history of having had rheumatic fever? 류머티성 열이 난 적이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have a history of mitral valve prolapse? 승모판일탈증

이력이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you typically have an antibiotic prescribed prior to any dental procedure including a dental cleaning? 일반적으로 치아 세척을 포함한 치과 시술 전에 항생제를 처방 받으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you allergic to penicillin? 페니실린에 알레르기가 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Are you allergic to other antibiotics? 기타 다른 항생제에는 알레르기가 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, which one(s) 답변이 '예' 라면 어떤 종류입니까?

TOOTHACHE 치통

☐ Mild 가벼움 ☐ Moderate 중간 ☐ Severe 심함

Pain Duration 치통 증상 기간

☐ Just started 최근에 시작되었음

☐ Occasional 가끔

☐ Present for a long time 오랫동안 지속됨

☐ Sporadic (On and Off) 산발적 (왔다갔다함)

Where is the pain? 어떤 부위에 통증이 있습니까?

☐ (Maxillary) top right side (턱골절) 오른쪽 윗부분

☐ (Maxillary) top left side (턱골절) 왼쪽 윗부분

☐ (Mandibular) bottom right side (아래턱) 오른쪽 아래부분

☐ (Mandibular) bottom left side (아래턱) 왼쪽 아래부분

Pain increases with 어떤 것을 먹었을 때 통증이 상승합니까?

☐ Cold foods/liquids 찬 음식/액체

☐ Hot foods/liquids 뜨거운 음식/액체

☐ Chewing 씹을 때

The toothache is associated with local swelling 치통은 부종과
관련이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

The toothache is associated with sinus type pain 치통은
부비동형 통증과 관련이 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you have other areas of jaw swelling? 턱을 붓게하는 다른
부위가 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, where? 답변이 '예' 라면, 어느 부위입니까?

☐ Under the tongue 혀 밑

☐ Under the jaw 턱 밑

Do you have difficulty swallowing? 삼키기가 힘이 드십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Do you presently have dentures? 현재 틀니를 하고 있습니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

If yes, do the dentures hurt when you wear them? 답변이 '예'
라면, 틀니를 착용할 때 아픕니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

Would you like another set of dentures made? 틀니를 하나 더
만들고 싶으십니까?

☐ Yes 예 ☐ No 아니오

ABOUT THE AUTHOR

저자에 대하여

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D., the author of this potentially life saving series, brings years of training and clinical experience in both medicine and dentistry into the series' design.

He received a Bachelor of Science degree from Duke University, a D.D.S. degree from Northwestern University, and an M.D. degree from The Medical College of Ohio in the United States.

He has traveled and lived abroad, and has formally studied several foreign languages.

잠재적으로 생명을 구할 수 있는 이 책자의 저자인 George P. Ciporkin는 의학과 치과 모두에서 수년간의 연구와 임상 경험을 본 책자의 디자인에 도입했습니다.

그는 듀크 대학교에서 이학 학사 학위를 받았고, 노스웨스턴 대학교에서 치과 외과 박사 학위를 받았으며, 미국 오하이오 의과대학에서 의학 박사 학위를 받았습니다.

그는 해외를 여행하며 살았고 공식적으로 여러 외국어를 공부했습니다.

PLEASE REVIEW ALL OF THE BODY SECTIONS BELOW AND CHECK MARK (✓) ALL THE BOXES THAT APPLY TO YOU.

아래의 모든 본문 섹션을 검토하고 해당되는 모든 상자에 (✓) 표시를 하십시오.

- ☐ I. THORAX/CHEST 가슴/흉부
- ☐ II. HEAD AND NECK 머리와 목
- ☐ III. ABDOMEN 복부
- ☐ IV. GENITOURINARY 비뇨기
- ☐ V. MUSCULOSKELETAL 근골격
- ☐ VI. SKIN 피부
- ☐ VII. DENTAL 치과

I. THORAX / CHEST 가슴/흉부

CHEST PAIN 가슴 통증

- ☐ Mild 가벼움
- ☐ Moderate 중간
- ☐ Severe 심함

Radiation of chest pain to 가슴에서 다음 부위로 전이

- ☐ Neck or jaw 목 또는 턱
- ☐ One or both arms 한쪽 또는 양쪽 팔
- ☐ Back 등

The **The Lingo Medico app** gives the traveler peace of mind in knowing that he or she can quickly and easily convey personalized medical information abroad to healthcare personnel who are not fluent in the traveler's native language. The series are designed to provide concise, but thorough medical information particularly for travelers who encounter a medical emergency abroad or who are engaged in medical tourism. **Safe Travels!**

Lingo Medico 앱은 여행자의 모국어에 능통하지 않은 의료진에게 해외에서 개인화된 의료 정보를 빠르고 쉽게 전달할 수 있다는 것을 알게 되어 여행자에게 마음의 평화를 드립니다. 이 책자는 특히 해외에서 의료 비상사태를 겪거나 의료관광에 종사하는 여행객을 위해 간결하지만 철저한 의료정보를 제공하도록 설계되었습니다. **안전한 여행되세요!**