JEFFREY M. AHN, M.D.

Patient Name:
Date of Birth:
Todav's Date:

1) What is your main complaint?
어떤일로 오셨습니까? 主な症状は何ですか。

2) What medications are you presently taking?
현재 복용하고 있는 약을 기입해주세요 現在、何か薬を服用していますか。

Medication Name	Dose / Frequency	What is this medication for?

3) Is there a possibility that you might be pregnant? O Yes O No
현재 임신 여부 혹은 가능성이 있습니까? 現在、妊娠している可能性はありますか

4) Are you currently breastfeeding? O Yes O No
현재 모유수유 하십니까? 現在、授乳していますか？

5) Are you allergic to and/or react badly to any medication? O Yes O No
특정 약에 대한 심한 부작용이 있으십니까? 以下の薬のアレルギーがありますか。

6) Have you ever been hospitalized or had any surgery? If yes, for what? O Yes O No
입원 혹은 수술 받으신적이 있습니까? 있다면 이유를 기입해주세요
これまでに入院したり、手術を受けたりしたことがありますか. もしそうであれば、何のための入院・手術ですか

7) Do you drink? 음주여부 アルコールは摂取しますか？ O Yes O No
If yes, how much and how often do you drink?

8) Do you smoke? 흡연여부 喫煙はしますか？ O Yes O No
If yes, how often do you smoke?

9) Do you have or have you had any of the following? **PLEASE FILL IN THE CIRCLE**
해당사항에 동그라미를 채워넣어주세요. 以下のような症状がある、または過去にありましたか

Rheumatic disease	류마티스성 질환	リウマチ熱、リウマチ性心疾患	O Yes	O No
Congenial heart disease	유전적 심장질환	先天性心疾患	O Yes	O No
Cardiovascular disease	심혈관 질환	心疾患	O Yes	O No
Sinus trouble	코 문제	蓄膿症、その他の副鼻腔の疾患	O Yes	O No
Asthma, hay fever	천식, 꽃가루 알러지	喘息、花粉症	O Yes	O No
A cardiac pacemaker	심박조율기	心臓ペースメーカー	O Yes	O No
Neurological disorder	신경질환	神経疾患	O Yes	O No
Diabetes	당뇨	糖尿病	O Yes	O No
Liver disease (hepatitis, jaundice)	간질환(간염,황달)	肝疾患(肝炎, 黄疸)	O Yes	O No
Arthritis	관절염	関節炎	O Yes	O No
Stomach disease (ulcers)	위장장애(궤양)	胃の疾患(潰瘍など)	O Yes	O No
Intestinal disease	장질환	腸のポリープ	O Yes	O No
Kidney disease	신장질환	腎疾患	O Yes	O No
Lung disease (tuberculosis, pneumonia)	폐질환 (폐결핵,폐렴)	肺疾患(結核, 肺炎)	O Yes	O No
Venereal disease (STDs)	성병 (헤르페스, 임질)	性病(ヘルペス, 淋病)	O Yes	O No
HIV/AIDS	에이즈	エイズ	O Yes	O No
Blood disorder (anemia, hemophilia)	혈액질환(빈혈, 혈우병)	血液疾患(貧血, 血友病)	O Yes	O No

JEFFREY M. AHN, M.D.

Patient Name:
Date of Birth:
Todav's Date:

PLEASE TELL US ABOUT HOW YOU FEEL TODAY

General Condition			PLEASE FILL IN THE CIRCLE	
Change in appetite	식욕감소	食欲の増加・減少	O Yes	O No
Chills	오한	寒気	O Yes	O No
Fatigue	피로	倦怠感	O Yes	O No
Fever	열	高熱	O Yes	O No
Headache	두통	頭痛	O Yes	O No
Light headedness	어지러움증	もうろう	O Yes	O No
Night sweats	도한	寝汗	O Yes	O No
Sleep disturbance	수면장애	睡眠障害	O Yes	O No
Weight gain	체중증가	体重増加	O Yes	O No
Weight loss	체중감소	体重減少	O Yes	O No

Ear trouble	귀 문제	耳の症状		
Ear pain	귀 통증	痛み	O Yes	O No
Blocked/Clogged ear	귀 막힘	詰まり	O Yes	O No
Ear itchiness	귀 가려움	かゆみ	O Yes	O No
Ear discharge	귀 고름	耳垂れ	O Yes	O No
Decreased hearing	청력저하	聞こえが悪い	O Yes	O No
Ringing in the ears	귀 울림	耳鳴り	O Yes	O No
Dizziness/Vertigo	현기증	めまい	O Yes	O No

Nose trouble	코 문제	鼻の症状		
Nasal congestion	코 막힘	鼻詰まり	O Yes	O No
Nasal discharge	콧물	鼻水	O Yes	O No
Nosebleed	코피	鼻血	O Yes	O No
Sinus pain	부비강통증	副鼻腔の痛み	O Yes	O No
Post nasal drip	후비루	後鼻漏	O Yes	O No

Throat trouble	목 문제	喉の症状		
Sneeze	재채기	くしゃみ	O Yes	O No
Cough	기침	せき	O Yes	O No
Shortness of Breath	호흡곤란	息切れ	O Yes	O No
Decreased sense of smell/taste	후각/미각 감소	嗅覚・味覚の低下	O Yes	O No
Sore throat	인후염	喉の痛み	O Yes	O No
Difficulty swallowing	목 삼키기 어려움	飲み込むのが難しい	O Yes	O No
Swollen glands	분비선 부음	腺の腫れ	O Yes	O No
Swollen lymph nodes	임파선 부음	リンパ腺の腫れ	O Yes	O No
Dry mouth/Bad breath/Halitosis	구강 건조	口の渇き・口臭	O Yes	O No
Jaw pain	턱 통증	あごの痛み	O Yes	O No