

성 명:

생년월일:

작 성 일:

표준의료상담 문진표

[산부인과]

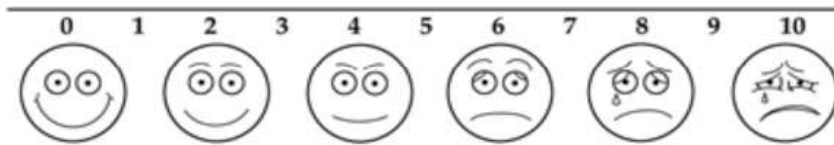
※아래 질문내용에 해당하는 □칸에 체크하거나 직접 기재해 주세요

1. 처음 방문이십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

2. 오늘 아픈 부위는 어디입니까?

3. 언제부터 아프셨습니까? 증상과 함께 기재해주세요.

4. 통증 정도를 표시해 주세요. (숫자가 클수록 심한 통증)



5. 임신 중 이십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

6. 수유 중 이십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

7. 과거에 진단받은 질병이나 현재 약물치료 중인 질병이 있습니까?
☐ 예 () ☐ 아니오

8. 병원에 입원 혹은 수술하신 경험이 있습니까?
☐ 예 () ☐ 아니오

9. 과거 부작용을 일으킨 약물이 있습니까?
☐ 예 () ☐ 아니오

10. 약이나 음식물로 알레르기 증상을 보인 경우가 있습니까?
☐ 예 () ☐ 아니오

11. 그 외 담당 의료진에게 하고 싶으신 말씀이 있습니까?