

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

방문 이유/무엇에 대해 이야기하고 싶습니까?/Reason for Visit/What do you want to talk about: \_\_\_\_\_

### 1. 환자 병력/PATIENT HISTORY

다음 중 과거 또는 현재 겪고 있는 것이 있습니까?/Have you ever, or do you now have any of the following?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 빈혈/anemia      | <input type="checkbox"/> 섭식장애/eating problems            | <input type="checkbox"/> 흑색종/melanoma                           |
| <input type="checkbox"/> 식욕부진/anorexia  | <input type="checkbox"/> 우울증/depression                  | <input type="checkbox"/> 월경문제/menstrual problems                |
| <input type="checkbox"/> 관절염/arthritis  | <input type="checkbox"/> 당뇨병/diabetes                    | <input type="checkbox"/> 편두통/migraines                          |
| <input type="checkbox"/> 천식/asthma      | <input type="checkbox"/> 간질 또는 발작/epilepsy or seizures   | <input type="checkbox"/> 성병/sexually transmitted disease        |
| <input type="checkbox"/> 암/cancer       | <input type="checkbox"/> 심장 질환/heart disease             | <input type="checkbox"/> 갑상선 문제/thyroid problems                |
| <input type="checkbox"/> 수두/chicken pox | <input type="checkbox"/> 고혈압/저혈압/high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> 기타(기재해 주십시오)/other, please list: _____ |

과거 경험했던 모든 (수술, 의료, 정신과) 입원 및 해당년도를 기재해 주십시오./Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year: \_\_\_\_\_

### 2. 가족력/FAMILY HISTORY

예인 경우, 해당되는 곳에 모두 체크 표시하십시오./If yes, check all that apply:

- |                          |                                  |                                |                                   |                                   |  |   |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| 유방암/Breast Cancer        | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 결장암/Colon Cancer         | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 당뇨병/Diabetes             | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 유전적 장애/Genetic Disorder  | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 심장 질환/Heart Disease      | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 고혈압/High Blood Pressure  | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 고 콜레스테롤/High Cholesterol | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |
| 기타 암/Other Cancer        | <input type="checkbox"/> 아니요 /no | <input type="checkbox"/> 예/yes | <input type="checkbox"/> 부/father | <input type="checkbox"/> 모/mother | <input type="checkbox"/> 형제자매 /sibling | <input type="checkbox"/> 기타 혈족/other blood relative |

### 3. 건강 위험 요인 평가/HEALTH RISK ASSESSMENT

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

음주를 하십니까?/Do you drink alcohol? 아니요/no 예/yes

예인 경우, 1 주일 주량(잔)/If yes, # of drinks per week: \_\_\_\_\_

담배를 피거나 다른 형태의 담배를 사용하십니까?/Do you smoke or use other forms of tobacco? 아니요/no 예/yes 과거 흡연자/former

과거 흡연자의 경우, 담배를 끊은 날짜/If former, quit date: \_\_\_\_\_

기분 전환용 약물/마약을 사용한 적이 있습니까?/Have you ever used recreational/street drugs? 아니요/no 예/yes

처방약을 남용한 적이 있습니까?/Have you ever misused prescribed drugs? 아니요/no 예/yes

규칙적으로 운동하십니까?/Do you exercise regularly? 아니요/no 예/yes

본인의 식습관에 만족하십니까?/Are you satisfied with your eating habits? 아니요/no 예/yes

지난 2 주 동안 일을 하는 데 거의 관심이 없거나 즐거움이 없었던 적이 얼마나 됩니까?/Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? 답변은 하나만 선택하십시오./Select one response.

전혀 없었음/not at all 여러 날/several days 하루의 절반 이상/more than half of the days 거의 매일/nearly every day

지난 2 주 동안 얼마나 자주 기분이 가라앉거나, 우울하거나 절망적으로 느꼈습니까?/Over the past two weeks, how often have you been down, depressed, or hopeless? 답변은 하나만 선택하십시오./Select one response.

전혀 없었음/not at all 여러 날/several days 하루의 절반 이상/more than half of the days 거의 매일/nearly every day

가족/중요한 다른 사람(파트너)에게 영향을 미치는 중요한 문제가 있습니까?/Are there any significant issues affecting family/significant others? 아니요/no 예/yes

예인 경우, 설명해 주십시오./If yes, please explain:

귀하의 진료와 관련해 종교적/문화적으로 고려해야 할 사항이 있습니까?/Are there any religious/cultural considerations regarding your care? 아니요/no 예/yes

예인 경우, 설명해 주십시오./If yes, please explain:

성병에 대해 궁금한 점이 있습니까?/Do you have any questions about sexually transmitted diseases? 아니요/no 예/yes

성병에 대한 검사를 받기를 원하십니까?/Would you like to be tested for sexually transmitted diseases? 아니요/no 예/yes

캠퍼스 및/또는 가정에서 안전하지 못하다고 느끼는 일을 경험하고 있습니까?/Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe? 아니요/no 예/yes

**4. 알레르기 및 예방접종/ALLERGIES and IMMUNIZATIONS**

Follow My Health 계정이 있으며 해당 계정에 있는 정보를 검토하고 정확한지 확인한 경우가 **아니면** 섹션 4 A-B 를 작성해야 합니다./Please complete section 4 A-B **unless** you have a Follow My Health account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

**Follow My Health** 에 대한 자세한 정보는 [medical.mit.edu/fmh](http://medical.mit.edu/fmh) 에서 확인할 수 있습니다./For more information on **Follow My Health**, please visit [medical.mit.edu/fmh](http://medical.mit.edu/fmh)

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

**A. 알레르기/Allergies**

알레르기가 있는 약이 있습니까?/Do you have any allergies to medications? 아니요/no 예/yes

예인 경우, 그 약(들)과 반응을 기재해 주십시오./If yes, please list medication(s) and reaction: \_\_\_\_\_

---



---

**B. 예방접종/Immunizations**

*\*예약 방문 시 모든 예방접종 정보를 지참해 주시기 바랍니다./Please bring any immunization information with you to your appointment.*

**C. 약/Medications**

*\*예약 방문 시 모든 복용약 정보를 지참해 주시기 바랍니다./Please bring any medication information with you to your appointment.*

**5. 학습 요구도 평가/LEARNING NEEDS ASSESSMENT**

다음 중 해당되는 것이 있습니까?/Do you have any of the following:

학습장애?/Learning disabilities? 아니요/no 예/yes

시력 한계?/Visual limitations? 아니요/no 예/yes

청력 한계?/Hearing limitations? 아니요/no 예/yes

예인 경우, 설명해 주십시오./If yes, please explain: \_\_\_\_\_

---



---

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_  
 의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_  
 생년월일/DOB: \_\_\_\_\_  
 날짜/Date: \_\_\_\_\_

**6. 체계 검토/REVIEW OF SYSTEMS**

다음 중 현재 경험하고 있는 것이 있습니까?/Are you currently experiencing any of the following....?

**a. 일반/General**

- 피로 /Fatigue     수면 장애 /Trouble sleeping     체중 변화/Weight changes     쇠약 /Weakness     발열 /Fever
- 통증, 0 ~ 10 까지의 척도에서 평가(0 = 통증 없음, 10 = 최악의 통증)/Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain): \_\_\_\_\_

**b. 기능 평가/Functional assessment**

건강상 다음 중 제한되는 활동이 있습니까?/Is your health limited in any of the following activities:

- 직장 업무?/Work?     아니요/no     예/yes    적당한 운동?/Moderate exercise?     아니요/no     예/yes
- 일상의 잡무?/Daily chores?     아니요/no     예/yes    격렬한 운동?/Vigorous exercise?     아니요/no     예/yes

예인 경우, 설명해 주십시오./If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**c. 피부/Skin**

- 발진/Rashes     가려움증/Itching     피부색 변화 /Color changes     종괴 /Lumps     건조 /Dryness     머리 및 손발톱 변화/Hair and nail changes

**d. 머리/Head**

- 두통 /Headache     두부외상/Head injury

**e. 귀/Ears**

- 귀통증/Earache     이명/Tinnitus     분비물/Drainage     청력 감소/Decreased hearing

**f. 눈/Eyes**

- 시력/Vision     광시증/Flashing lights     백내장 /Cataracts     안경/콘택트렌즈 /Glasses/contacts     시야 흐림 또는 복시/Blurry or double vision
- 통증/Pain     소반점/Specks     충혈/Redness     녹내장/Glaucoma     마지막 시력 검사일/Last eye exam: \_\_\_\_\_

**g. 코/Nose**

- 가려움/Itching     코피 /Nosebleeds     코막힘 /Stiffness     콧물/Discharge     건초열/Hay fever     부비동 통증/Sinus pain

**h. 인후/구강/Throat/Mouth**

- 치아/Teeth     혀 통증/Sore tongue     아구창/Thrush     잇몸/Gums     입안건조/Dry mouth     낫지 않는 궤양 /Non-healing sores
- 출혈/Bleeding     인후염/Sore throat     의치/Dentures     쉰소리/Hoarseness     마지막 치과 검사일/Last dental exam: \_\_\_\_\_

**i. 목/Neck**

Go to Next Page/다음 페이지로

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

종괴/Lumps

통증/Pain

부어오른 샘  
/Swollen glands

경직/Stiffness

**j. 유방/Breasts**

종괴/Lumps

분비물  
/Discharge

모유수유/Breast  
feeding

통증/Pain

**k. 호흡기/Respiratory**

기침/Cough

점액/Mucus

피를 토함/Coughing up blood

호흡곤란/Shortness of breath

쌉쌉거림/Wheezing

동통성 호흡/Painful breathing

**l. 심혈관/Cardiovascular**

흉통 또는 불편감/Chest pain or  
discomfort

호흡곤란으로 잠에서 갑자기  
깨어남/Sudden awakening from  
sleep with shortness of breath

누웠을 때 호흡 곤란/Difficulty  
breathing lying down

활동으로 인한 호흡 곤란/Shortness  
of breath with activity

압박감  
/Tightness

부종/Swelling

두근거림/Pal  
pitations

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

**m. 위장/Gastrointestinal**

- |   |  |  |                                     |   |   |
|---|--|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 설사/Diarrhea    | <input type="checkbox"/> 변비 /Constipation      | <input type="checkbox"/> 식욕 변화/Change in appetite      | <input type="checkbox"/> 구역 /Nausea | <input type="checkbox"/> 황색 눈이나 피부(황달)/Yellow eyes or skin (jaundice) | <input type="checkbox"/> 배변 습관의 변화/Change in bowel habits |
| <input type="checkbox"/> 속쓰림 /Heartburn | <input type="checkbox"/> 직장 출혈/Rectal bleeding | <input type="checkbox"/> 연하 곤란/Swallowing difficulties |                                     |   |   |

**n. 비뇨기/Urinary**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 빈뇨/Increased frequency | <input type="checkbox"/> 배뇨 조절 기능 상실/Loss of control of urine | <input type="checkbox"/> 소변 강도 변화/Change in urinary strength          |
| <input type="checkbox"/> 절박증/Urgency            | <input type="checkbox"/> 작열감 또는 통증/Burning or pain            | <input type="checkbox"/> 소변에 혈액이 섞여 나옴(혈뇨)/Blood in urine (hematuria) |

**o. 생식기/Genital**

남성/Male

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 탈장/Hernia       | <input type="checkbox"/> 성교 시 통증 /Pain with sex | <input type="checkbox"/> 생식기 궤양 /Genital sores               | <input type="checkbox"/> 음경 분비물/Penile discharge | <input type="checkbox"/> 발기부전/Erectile dysfunction |
| <input type="checkbox"/> 성병/STD's: _____ |   | <input type="checkbox"/> 음낭 덩이 또는 통증 /Scrotal masses or pain |  |  |

여성/Female

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 성교 시 통증 /Pain with sex | <input type="checkbox"/> 일과성 열감/Hot flashes | <input type="checkbox"/> 질 가려움증 또는 발진 /Vaginal itching or rash | <input type="checkbox"/> 질 건조증/Vaginal dryness | <input type="checkbox"/> 질 분비물/Vaginal discharge |
| <input type="checkbox"/> 성병/STD's: _____        |   | <input type="checkbox"/> 마지막 월경일/Last menstrual period: _____  | <input type="checkbox"/> 생식기 궤양 /Genital sores |  |

**p. 혈관/Vascular**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 걸을 때 종아리 통증/Calf pain with walking | <input type="checkbox"/> 다리 경련/Leg cramping |
|---|---|

**q. 근골격/Musculoskeletal**

- |                                       |                                       |   |                                     |   |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 요통/Back pain | <input type="checkbox"/> 경직/Stiffness | <input type="checkbox"/> 관절 부종/Swelling of joints | <input type="checkbox"/> 외상 /Trauma | <input type="checkbox"/> 관절 발적 /Redness of joints | <input type="checkbox"/> 근육통 또는 관절통 /Muscle or joint pain |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|

**r. 신경/Neurologic**

- |  |                                      |                                       |                                     |                                      |                                       |                                       |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 어지러움 /Dizziness | <input type="checkbox"/> 쇠약/Weakness | <input type="checkbox"/> 무감각/Numbness | <input type="checkbox"/> 떨림 /Tremor | <input type="checkbox"/> 발작 /Seizure | <input type="checkbox"/> 저림 /Tingling | <input type="checkbox"/> 실신 /Fainting |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

**s. 혈액학/Hematologic**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 멍이 쉽게 듦/Ease of bruising | <input type="checkbox"/> 잦은 출혈/Ease of bleeding |
|---|---|

**t. 내분비/Endocrine**

- |  |  |                                       |                                     |   |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 열 또는 한랭불내성/Heat or cold intolerance | <input type="checkbox"/> 빈뇨/Frequent urination | <input type="checkbox"/> 발한 /Sweating | <input type="checkbox"/> 갈증 /Thirst | <input type="checkbox"/> 식욕 변화/Change in appetite |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---|

환자 이름/Patient name: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호/MRN: \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

**u. 정신과/Psychiatric**

- 스트레스/Stress   
 기억력 감퇴/Memory loss   
 신경과민증 /Nervousness   
 우울증/Depression

MIT 커뮤니티에 있는 모든 사람의 건강과 웰니스는 MIT Medical 에 중요합니다. MIT Medical 은 다음 사항을 권장합니다./The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical.

We recommend the following:We recommend the following:

- STD 및 의도하지 않은 임신의 위험을 줄이기 위해 성행위 시 콘돔 사용/Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy
- 부상이나 사망의 위험을 줄이기 위해 매사추세츠 주 법에 따라 자동차 안전 벨트 착용/Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts
- 자전거, 롤러 블레이드, 스케이트 보드 등을 타는 동안 부상의 위험을 줄이기 위해 헬멧 사용/Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc. to reduce the risk of injury
- 화재로 인한 부상이나 손상의 위험을 줄이기 위해 가정 내 연기감지기 설치/Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire
- 자신과 자녀를 위해 야외에서 햇빛에 나갈 때는 SPF 15 이상의 자외선 차단제 사용/Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun

환자 이름(정자체)/Patient Name (PRINT): \_\_\_\_\_

생년월일/DOB: \_\_\_\_\_

환자 서명/Patient Signature: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_

의료 제공자 서명/Provider Signature: \_\_\_\_\_

날짜/Date: \_\_\_\_\_