

이 양식을 적어주시면 도와드리겠습니다

Please Complete This Form So We Can Help You

이 양식을 갖고 계십시오. 직원이 곧 이 양식을 확인할 것입니다.
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

환자 이름 Patient's name _____

여성 Female 남성 Male

나이 Age _____

체중 Weight _____ 킬로/파운드 kilograms/pounds

누가 이 양식을 기입하시나요?

- 환자가 직접
- 환자의 가족이나 친구
- 환자의 통역사

Who is filling out this form?

- Me, the patient
- Patient's family member or friend
- An interpreter for the patient

여기 오신 이유는?

- 재해 때문에 아프거나 다쳤다
- 아프거나 다쳤지만 재해 때문이 아니다
- 가족을 돕기 위해 또는 찾기 위해 여기 왔다

Why are you here?

- I am ill or injured because of a disaster
- I am ill or injured but not because of a disaster
- I am here to help or look for a family member

임신하셨나요?

- 네
- 진통중이다
- 아니오
- 잘 모르겠다

Are you pregnant?

- Yes
- I am in labor
- No
- I am not sure

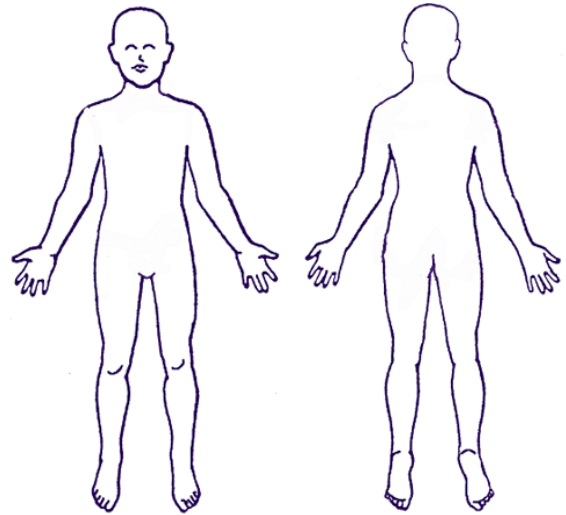
현재 어떤 문제가 있으신가요?

해당되는 곳에 모두 표시하세요.

- 숨쉬기가 곤란하다
- 가슴에 통증이 있거나, 조이거나, 답답하다
- 피가 난다
- 심한 두통이 있다
- 어지럽거나 머리가 어찢어찢하다
- 눈이 잘 안보인다
- 귀가 안들린다
- 뼈가 부러졌다
- 피부가 화끈거린다
- 피부에 두드러기가 났거나, 부었거나, 빨갛다
- 손발이 저리거나 따끔거린다
- 멀미, 구토, 또는 설사가 난다
- 콧물이 흐르고, 재채기 또는 열이 있다

그림에서 통증이 있는 곳에 표시를 하십시오.

Mark on these figures where you feel pain.



현재 갖고 있거나 과거에 있었던 질환에 표시하세요.

- 천식
- 당뇨
- 심장병
- 간염
- 고혈압
- HIV, 암 또는 다른 질환으로 면역억제
- 뇌졸중

What problems are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

현재 복용하고 있는 약들에 표시하세요.

- 심장 약
- 고혈압 약
- 쿠마딘(Coumadin)과 같은 혈액 희석제
- 호흡 약
- 인슐린
- 제산제, 변비약, 또는 진통제 등 처방전 없이 구입할 수 있는 그밖에 다른 약들

알레르기가 있는 곳에 표시하세요.

- 계란이나 우유같은 유제품
- 해산물
- 염료나 요오드
- 아스피린
- 페니실린
- 모르핀
- 술폰아미드
- 라텍스
- 기타 _____

Mark any medicines you are taking.

- Heart medicines
- Blood pressure medicines
- Blood thinners such as Coumadin
- Breathing medicines
- Insulin
- Other over the counter medicines such as antacids, laxatives or pain medicines

Mark any allergies you have.

- Dairy products such as eggs or milk
- Seafood
- Dye or iodine
- Aspirin
- Penicillin
- Morphine
- Sulfa
- Latex
- Other _____

Mass Casualty Form. Korean.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at www.healthinfotranslations.org.