

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

남성
Male

나이 _____
Age

체중 _____ 킬로/파운드
Weight kilograms/pounds

여성
Female

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

최근 2달 이내 해외를 여행한 적이 있나요?

- 예
- 아니오

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

Yes

No

‘예’라고 응답하셨다면, 어느 나라를 여행하셨나요?

If yes, to what country?

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, 빨갱다
- 손발이 저리거나 따끔거린다
- 멀미, 구토, 또는 설사가 난다
- 콧물이 흐르고, 재채기 또는 열이 있다

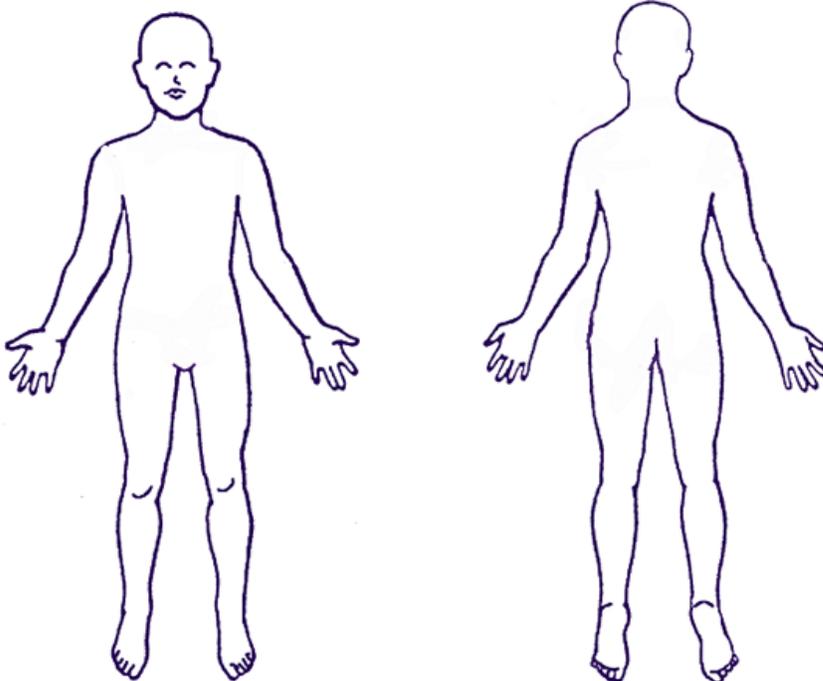
What problem are you having?

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

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

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
- 숄파제
- 라텍스
- 기타 _____

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

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