붙임. 표준의료상담 문진표 (문진표 작성 후 방문하면 좀 더 편리한 의료상담이 가능합니다~^^)

표준의료상담 문진표

* 아래 질문 내용에 해당되는 "□"칸에 체크하거나 직접 기재해 주세요

1. 처음 방문이십니까? □ 예 / □ 아니오

2. 현재 복용하는 약이 있습니까? □ 예 / □ 아니오
   * 있다면 약품명은 ? ( )

3. 부작용이 발생한 약이 있습니까? □ 예 / □ 아니오
   * 있다면 약품명은 ? ( )

4. 특정 성분에 알러지가 있습니까? □ 예 / □ 아니오
   * 있다면 알러지 대상은 ? ( )

5. 임신중입니까? □ 예 / □ 아니오
   * 임신중이라면 몇개월입니까 ? ( )

6. 수유중입니까? □ 예 / □ 아니오

7. 아픈 부위는?
   □ 머리 / □ 눈 / □ 코 / □ 입 / □ 귀 / □ 혀 / □ 목 / □ 가슴 /
   □ 등 / □ 배 / □ 옆구리 / □ 손 / □ 발 / □ 팔 / □ 다리 / □ 엉덩이
   □ 기타(직접 기재)

8. 아픈 증상은?
   □ 두통, 편두통
   □ 치통
   □ 생리통
   □ 인후통
   □ 기침
   □ 열
   □ 가려움증
   □ 두드러기
   □ 기타 (직접 기재)