



### 약품에 대한 알리지나 거부 반응

복용 후 문제가 있었던 약품이 있습니까?

약품	더 이상 복용하지 않는 이유

음식물이나 기타 알리지: (벌 쏘임도 포함하시오)

음식물 또는 물체	반응 및 치료법

### 과거 병력:

출생 당시 체중: \_\_\_\_\_ 조산아 이었습니까? \_\_\_\_\_ 조산아라면 몇 주 일찍 출생하였습니까? \_\_\_\_\_

어머니가 귀하를 임신한 기간 중이나 분만 중에 어떠한 문제가 있었습니까?

출생 당시 병원에 입원하였습니까? \_\_\_\_\_ 입원하였다면 몇 일 입원하였습니까? \_\_\_\_\_  
 몇 주 입원하였습니까? \_\_\_\_\_

출생 당시 무슨 문제가 있었습니까?

---



---



---



---



---

졸도를 비롯하여 귀하가 경험한 모든 심각한 부상이나 질병에 관하여 기입하십시오.

---



---



---



---



---

귀하가 받은 수술이나 그리고 병원에 입원한 적이 있다면 기입하고 날짜와 장소를 기록하십시오.

---



---



---



---



---

개인 건강 내력: 귀하는 다음 증세를 경험한 적이 있습니까?

증세:	예	연령
빈혈증		
천식		
수혈		
암		
변비		
당뇨병		
중이염		
섭식 문제		
심장병		
간염		
발작증(간질병)		
결핵		
주의력 결핍 장애		

증세:	예	연령
우울증		
자살 시도		
행동 기능 장애		
불안증		
학습 불능증		
성장 발육 장애		
섭식 장애		
기입되지 않은 기타 증세:		

이상 증세 중 어떠한 증세라도 예 하였으면 그 증세에 관한 추가 정보에 대하여 이 공간을 이용하여 작성하십시오. **발작증이 있는 개인**은 발작 증세에 대하여 설명을 하고 얼마나 자주 발작이 일어나며, 얼마나 계속되고 지난번 발작은 언제 일어났는지 기록하십시오.

---



---



---



---



---



---



---



---



---

이러한 증세에 대하여 어떠한 검사를 하였으며 결과는 어떠하였으며 어디서 검사를 받았습니까? (핵자기 공명 영상법(MRI)? 컴퓨터 단층 촬영(CT)? 심전도 검사(EKG)? 유전자 검사? 혈액 검사? 심리 검사?)

---



---



---



---



---

이러한 증상에 대하여 무슨 치료를 받았으며 가장 성공적인 치료법은 어떠한 치료법이었습니까?

---



---



---



---



---

증세는 다음과 같습니다 (한 답변에 동그라미 치시오): (같음) (나아지고 있음) (악화되고 있음)

**자료 정보:**

학교: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_  
 개별적 교육 계획 (IEP) 프로그램에 속해 있습니까? \_\_\_\_\_ 504 플랜이 있습니까? \_\_\_\_\_  
 학교 연락 담당인 성명 \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_  
 복직 훈련 서비스를 이용합니까? \_\_\_\_\_ 복직 훈련 서비스 연락인 \_\_\_\_\_

**최근 의료 기록:**

귀하의 가장 최근 건강 상태에 관한 기록을 소지한 의사나 기타 진료인의 성명, 주소, 그리고 전화번호를 기입하십시오.

성명	전문 분야	주소	전화번호

**기타 자료:**

귀하의 건강 상태와 관련하여 지난 2년 간 귀하를 케어한 모든 진료인의 성명, 주소 그리고 전화번호를 기입하십시오 (물리 치료사, 약사, 약품 공급자, 케이스 담당관, 학교 간호사 등등).

성명	직종	주소	전화번호

**귀하의 예방접종 날짜: (또는 예방접종 기록 카드 사본을 첨부하십시오)**

디프테리아, 백일해, 파상풍(DPT/DT)	1.	2.	3.	4.	5.
파상충 부가 예방 주사(TD)	1.	2.	3.	4.	5.
생경구적폴리오바이러스 백신(OPV)	1.	2.	3.	4.	5.
유행성이하선염, 홍역, 풍진(MMR)	1.	2.			
B형 히모필루스(HIB)	1.	2.	3.	4.	
B형 간염(Hep B)	1.	2.	3.	4.	
수두(Varicella)	1.	2.			

가족 건강 내력: 귀하의 혈육(친척) 중에 다음 증세를 경험한 이가 있습니까?

증세:	가족 관계:
빈혈	
유방암	
암 (기타 암)	
당뇨병	
심장병	
고혈압	
콜레스테롤이 높음	
발작증	
겸상빈혈증	
뇌졸중	
갑상선 문제	
결핵	

증세:	가족 관계:
주의력결핍장애/주의력 결핍과잉행동장애	
알콜 중독	
우울증	
약물남용	
학습 불능증	
조울병	
자살	
정신분열증	
기타 증세?	

코멘트:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

보험 정보:

보험회사	가입번호	전화번호

사회보장 수입을 (SSI) 받으십니까?	예	아니오
SSI 프로그램을 통하여 의료 혜택을 받으십니까?	예	아니오

비상시 연락처:

성명	관계	전화번호
		(직장) (주택)
		(직장) (주택)

## 일상 생활 활동

	예	아니오
시력에 장애가 있습니까?		
안경이나 콘택렌즈를 끼십니까?		
귀머거리이거나 청각에 장애가 있습니까?		
보청기를 끼십니까?		
언어 능력에 문제가 있습니까?		
수화를 사용하십니까?		
영어를 선호하십니까? 아니면 어떤 언어를 구사하십니까?		
걸으실 수 있습니까?		
보행 보조기를 사용하십니까?		
휠체어를 사용하십니까?		
일상시 의료 경보 신분증을 달고 다니십니까?		

일상 생활을 하기 위하여 다른 어떠한 보조 기구를 사용하십니까?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

일상 생활을 하시는데 제한 사항이 있습니까? (자동차를 운전할 수 있습니까? 통화를 하기 위하여 컴퓨터를 사용해야 합니까? 등등)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

성인 전문 의사가 성생활, 마약 복용 그리고 흡연 등과 같은 귀하의 사생활에 관한 질문을 할 것입니다.