

외국인 환자 사전 문진표

명진단 영상의학과·내과 의원
MYUNG DIAGNOSIS CLINIC

Pre-Examination Medical Questionnaire / 外籍患者预检问卷

5층 접수 (5F Reception / 5楼挂号处)

정확하고 안전한 진료 및 정밀검사(CT/MRI/내시경)를 위해 모든 항목을 빠짐없이 작성해 주십시오.
Please complete all sections accurately for safe consultation and examinations (CT, MRI, Endoscopy).
为了确保诊疗及精密检查（CT、磁共振、胃肠镜）的安全顺利进行，请如实完整填写以下内容。

[Section 1] 기본 인적 사항 / Personal Information / 个人基本信息

성명 (여권명) Full Name (Passport) 姓名 (护照姓名)	생년월일 / 성별 DOB / Gender 出生日期 / 性别	YYYY / MM / DD ☐ 남(M/男) ☐ 여(F/女)
국적 Nationality 国籍	여권번호 Passport No. 护照号码	
연락처 Phone Number 联系电话	이메일 E-mail 电子邮箱	
국내 체류지 주소 Address in Korea 在韩国居住地址		
소통 가능 언어 Preferred Language 沟通语言	☐ 한국어 (Korean) ☐ English ☐ 中文 (Chinese) ☐ 기타(Other): _____ 통역 동행 여부 (Accompanied by Interpreter / 是否有陪同翻译): ☐ 예 (Yes / 是) ☐ 아니 오 (No / 否)	

[Section 2] 내원 목적 및 진료과 / Chief Complaint & Department / 就诊目的及科室

방문 목적 Purpose of Visit 就诊目的	☐ 전문의 진료 (Specialist Consultation / 专科门诊) ☐ 종합건강검진 (Comprehensive Health Checkup / 综合健康体检) ☐ 정밀 영상검사 (CT / MRI / Ultrasound / 精密影像检查) ☐ 소화기 내시경 (Endoscopy / 消化内窥镜)
진료 희망 과 Preferred Dept. 希望就诊科室	☐ 영상의학과 (Radiology / 放射科) ☐ 소화기내과 (Gastroenterology / 消化内科) ☐ 내분비내과 (Endocrinology / 内分泌科) ☐ 신경과 (Neurology / 神经内科) ☐ 일반내과 (General Internal Medicine / 普通内科)
주요 증상 및 발생 시기 Current Symptoms & Onset 目前主要症状及出现时间	

[Section 3] 생활습관 / Lifestyle & Social History / 生活习惯

흡연력 Smoking Status 吸烟史	☐ 비흡연 (Never Smoker / 从不吸烟) ☐ 전자담배 (E-cigarette / 电子烟) ☐ 과거 흡연 (Former Smoker / 戒烟): 흡연 기간 _____ 년, 일일 _____ 개비, 금연 _____ 년 전 ☐ 현재 흡연 (Current Smoker / 目前吸烟): 일일 흡연량 [☐ <10개비 ☐ 10-20개비 ☐ >20개비], 흡연 기간: _____ 년
음주력 Alcohol Intake 饮酒史	☐ 비음주 (Non-drinker / 从不饮酒) ☐ 음주 (Drinker / 饮酒): • 빈도 (Frequency / 频率): [☐ 월 1회 이하 ☐ 주 1-2회 ☐ 주 3회 이상] • 1회 음주량 (Amount / 单次量): [☐ 맥주 1-2캔 / 소주 2-3잔 ☐ 소주 1병 / 와인 1병 이상]
운동 및 체중 변화 Exercise & Weight 运动及体重变化	• 운동(Exercise / 运动): ☐ 거의 안 함 ☐ 주 1-2회 가벼운 운동 ☐ 주 3회 이상 규칙적 운동 • 최근 6개월 체중 변화(Weight Change in past 6 months / 近6个月体重变化): ☐ 변화 없음 (None / 无) ☐ 체중 감소 (Loss / 减轻: _____ kg) ☐ 체중 증가 (Gain / 增加: _____ kg)

[Section 4] 가족력 / Family Medical History / 家族病史

직계 가족(부모, 형제자매, 자녀) 중 진단받은 질환이 있다면 체크해 주십시오. (Please check if direct family member was diagnosed. / 直系亲属确诊疾病请勾选。)

☐ 고혈압 (Hypertension / 高血压) ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)	☐ 당뇨병 (Diabetes / 糖尿病) ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)
☐ 심장 질환 (협심증·심근경색 / Heart Disease / 心脏病) ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)	☐ 뇌졸중 / 중풍 (Stroke / 脑卒中 / 中风) ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)
☐ 갑상선 질환 (Thyroid Disease / 甲状腺疾病) ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)	☐ 암 / 악성종양 (Cancer / Malignancy / 恶性肿瘤) 암 종류(Type/种类): _____ ☐ 부(Father/父) ☐ 모(Mother/母) ☐ 형제·자매 (Sibling)

[Section 5] 과거력 및 기저질환 / Past Medical History / 既往病史

진단받았거나 현재 치료 중인 질환을 모두 체크해 주십시오. (Please check all that apply. / 请勾选以下所有符合项。)

☐ 고혈압 (Hypertension)	☐ 당뇨병 (Diabetes)	☐ 고지혈증 (Hyperlipidemia)	☐ 갑상선 질환 (Thyroid)
☐ 심장 질환 (협심증/경색)	☐ 뇌졸중 / 중풍 (Stroke)	☐ 신장 질환 / 신부전	☐ 간 질환 / 간염 / 지방간
☐ 천식 / 만성 폐질환 ☐ 암 / 악성종양 (Cancer / 癌症: _____) ☐ 과거 수술 이력 (Surgery History / 手术史: _____, 연도/Year: _____)			

[Section 6] 현재 복용 중인 약물 / Current Medications / 目前服用的药物 (중요/Crucial)

항응고제 / 항혈전제 Blood Thinners / Anticoagulants 抗血栓 / 抗凝药物	☐ 복용 안 함 (None / 未服用) ☐ 아스피린, 와파린, 플라빅스, NOAC 등 복용 중 (Taking Blood Thinners) → 최근 중단 여부 및 마지막 복용일자 (Last intake date / 最近停药日期): _____
당뇨약 / 메트포르민 Diabetes / Metformin 糖尿病药物 / 二甲双胍	☐ 복용 안 함 (None) ☐ 당뇨약 복용 중 (Metformin 성분 여부 확인 필요) ☐ 인슐린 주사 (Insulin)
기타 복용 약물 Other Medications 其他药物	☐ 혈압약 (Blood Pressure) ☐ 고지혈증약 (Cholesterol) ☐ 갑상선약 (Thyroid) ☐ 기타(Other): _____

[Section 7] 알레르기 및 조영제 부작용 / Allergies & Contrast Media / 过敏史

약물 / 주사제 알레르기 Drug Allergy / 药物过敏	☐ 없음 (None / 无) ☐ 있음 (Yes / 有: _____)	음식 / 기타 Food Allergy	☐ 없음 ☐ 있음 (_____)
CT / MRI 조영제 부작용 Contrast Media Reaction 造影剂过敏史	☐ 부작용 경험 없음 (No reaction / 无) ☐ 경미한 반응 (두드러기, 가려움 / Mild: Hives, Itching / 轻微: 荨麻疹、瘙痒) ☐ 중증 부작용 (호흡곤란, 저혈압 쇼크 / Severe: Dyspnea, Hypotension, Shock / 严重: 呼吸困难、休克)		

[Section 8] 정밀검사 안전 확인 (필수) / Safety Checklist for Imaging & Endoscopy / 检查安全确认

MRI 안전 확인 MRI Safety Checklist 磁共振安全确认	• 심장 박동기 / 제세동기 삽입 여부 (Pacemaker / Defibrillator / 心脏起搏器): ☐ 예 / Yes / 是 ☐ 아니오 / No / 否 • 체내 금속 삽입 (뇌동맥류 클립, 인공관절, 스텐트, 보청기 / Metallic Implants): ☐ 예 / Yes / 是 ☐ 아니오 / No / 否 • 폐소공포증 여부 (Claustrophobia / 幽闭恐惧症): ☐ 예 / Yes / 是 ☐ 아니오 / No / 否
여성 환자 확인 For Female Patients 女性患者确认	• 임신 중 또는 임신 가능성 (Pregnant or possibility / 怀孕中或备孕): ☐ 예 / Yes / 是 ☐ 아니오 / No / 否 • 수유 중 (Currently Breastfeeding / 哺乳中): ☐ 예 / Yes / 是 ☐ 아니오 / No / 否
내시경 금식 확인 Endoscopy Fasting 内窥镜空腹确认	• 금식 상태 유지 (Fasting Status / 是否空腹): ☐ 유지함 (Fasting maintained: _____ 시간/hours) ☐ 미유지 (Not fasting / 未空腹)

[Section 9] 개인정보 동의 및 서명 / Consent & Signature / 签署同意

[개인정보 및 민감정보 수집·이용 동의 / Personal & Sensitive Information Consent / 个人及敏感信息处理同意]
 본 의원은 안전하고 정확한 진료, 검사(CT/MRI/내시경) 및 공식 의무기록 관리를 위해 환자의 기본 인적사항, 과거 병력, 투약력 등 민감정보를 수집·이용합니다. 수집된 정보는 대한민국 의료법 및 개인정보보호법에 따라 안전하게 보관됩니다.
 The clinic collects and processes personal and sensitive medical information for safe medical care, examinations, and official records in compliance with medical laws.
 本机构依法收集并处理个人基本信息及敏感医疗信息，以确保诊疗、精密检查及医疗记录的安全准确。

작성일자 (Date / 日期): 202 년(Y) 월(M) 일(D)

환자(또는 대리인) 서명 / Signature / 签名: _____

[병원 확인란 / Clinic Use Only] 5층 접수자 확인(Reception): _____ | 간호/방사선사 2차 확인(Clinical Check): _____