건강 설문지 (HEALTH QUESTIONNAIRE)

**해당사항에 체크해 주세요.**

체질증상 비뇨생식기

 갑작스러운 체중변화가 있다...….………… 예 아니오 소변을 자주 본다….………………….…….. 예 아니오

 열 또는 오한이 있다.…………………………….. 예 아니오 소변을 볼때 통증이 있다……….…..….. 예 아니오

 도한, 열감이 있다.…………..………….………… 예 아니오 소변을 볼때 피가 나온다..…….……..… 예 아니오

 피로가 심하다..………….……………..………….. 예 아니오 숙면 후 소변을 한번 이상 본다..……. 예 아니오

 요실금이 있다………………………………... 예 아니오

혈액/림프 소변줄기가 약하다…………………………. 예 아니오

 피가 자주나고 멍이 쉽게 든다.……..……. 예 아니오 신장결석이 있다….……….………………… 예 아니오

 빈혈이 심하다.…………….………………………. 예 아니오 성관계를 가질때 어려움이 있다…... 예 아니오

 소변 시작과 멈춤에 어려움이 있다. 예 아니오

눈 여성 – 생리통이 심하다….……………… 예 아니오

 사물이 흐리고 여러개로 보인다….………. 예 아니오 여성 – 생리주기가 불규칙하다..……. 예 아니오

 여성 – 피임법 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

귀/코/입/목 여성 – 월경 주기 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 귀가 잘들리지 않고 울림이 심하다..…. 예 아니오 여성 – 최종 월경 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 귀에 통증이 있다…..……………………………. 예 아니오

 비염이 심하다.………………………...…………. 예 아니오 근골격

 코피가 자주난다..…….…………………………. 예 아니오 관절에 통증이 있다..…………………….. 예 아니오

 잇몸에서 피가 쉽게 난다….………………… 예 아니오 관절이 경직돼있고 붓는다.………….. 예 아니오

 목이 아프고 자주 쉰다..……………………….. 예 아니오 등과 허리에 통증이 있다.…………….. 예 아니오

 꽃가루 알러지가 있다.…………………………. 예 아니오

 피부/유방

심혈관 피부에 발진이 있다….…………………... 예 아니오

 심장에 문제가 있다.……………………………… 예 아니오 유방에 통증이 있다.……………………… 예 아니오

 협심증이 있다…………………….………….…….. 예 아니오 유방종괴가 있다 ………….……………….. 예 아니오

 가슴 두근거림이 심하다..…………………….. 예 아니오 유두분비가 있다.…………………………… 예 아니오

 걷거나 누울시 숨이 찬다..……………………. 예 아니오

 발이나 손이 자주 붓는다..……….…………… 예 아니오 신경

 고혈압이 있다……….………………………………. 예 아니오 머리가 자주 아프다……………………… 예 아니오

 어지럼증이 심하다…………….…………. 예 아니오

호흡기관 경련 또는 발작을 일으킨다………….. 예 아니오

 기침이 심하다.………………..………………..….. 예 아니오 손, 발이 저리고 얼얼하다………..……. 예 아니오

 피를 토한다..………………………………….…….. 예 아니오 마비가 있다……………………………………. 예 아니오

 호흡이 짧다.…………………………………….…… 예 아니오 기억상실증이 있다………..………………. 예 아니오

 천식, 천명이 있다………………………….…….. 예 아니오

 내분비

위장 갑상선 질환이 있다.………………………. 예 아니오

 식욕이 없다…..………………………………….…. 예 아니오 당뇨병이 있다..………………………………. 예 아니오

 장 움직임에 이상이 느껴진다...…….……. 예 아니오 선천적 호르몬 문제가 있다…..….…... 예 아니오

 구역질, 구토가 심하다..………………………. 예 아니오

 설사를 자주한다..………………………….…….. 예 아니오 OTHER

 장에 통증이 느껴진다..…………………….…. 예 아니오 신경이 과민하다..…………………………. 예 아니오

 혈변을 본다..…………………………………….…. 예 아니오 우울증이 있다………………..……………… 예 아니오

 복부에 통증이 있고 속이 쓰리다…….…. 예 아니오 불면증이 있다……………………………….. 예 아니오

 소화성 궤양이 있다…………………….…….… 예 아니오

 음식을 삼키기가 힘들다…………….….…… 예 아니오 외의 다른 증상을 적어주세요:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 의사 이니셜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_