

MRN: _____ 환자 이름 name: _____ 생년월일 DOB: _____

의료 기록 Patient Health Questionnaire (PFSH)

과거 병력 (알고 있으신 질환에 표시해주세요) Past Medical History

불안 장애 Anxiety	만성폐쇄질환 COPD	간염 Hepatitis	폐암 Lung Cancer
관절염 Arthritis	관상 동맥질환 Coronary Artery Disease	고혈압 Hypertension	림프종 Lymphoma
천식 Asthma	우울증 Depression	에이즈 HIV/AIDS	전립선암 Prostate Cancer
심방세동 Atrial Fibrillation	당뇨 Diabetes	고콜레스테롤 혈증 Hypercholesterolemia	방사선 치료 Radiation Treatment
전립선 비대증 BPH	신장 질환 말기 End Stage Renal Disease	갑상선 항진증 Hyperthyroidism	발작 Seizures
유방암 Breast Cancer	식도 역류 질환 GERD	갑상선 저하증 Hypothyroidism	뇌졸중/뇌출혈 Stroke
대장암 Colon Cancer	청력손실 Hearing Loss	백혈병 Leukemia	기타 Other: _____

과거에 받으신 수술 (surgical history): _____

환자분이 피부문제가 있거나 현재 가지고 계신 질환에 표시해주세요 Skin History

여드름 Acne	써번에 의한 물집 Blistering Sunburns	건초열/알러지 Hay Fever/Allergies	건선 Psoriasis
광선 각화증 Actinic Keratosis	건성피부 Dry Skin	흑색종 Melanoma	편평세포 피부암 SCC
천식 Asthma	습진 Eczema	쑤 Poison Ivy	기저 세포 피부암 BCC
두피비듬 혹은 가려움증 Flaking or Itchy Scalp		비정상인 점 Precancerous Moles	기타 Other: _____

선크림을 사용하십니까? Do you wear sunscreen? 예 YES 아니요 NO SPF: _____

가족분들중에 흑색종을 가지고 계신분이 있습니까? Family History of Skin Cancer? 예 YES 아니요 NO

있다면, 관계? If YES, which relative? _____

있다면, 피부암 종류? If YES, which type?: 기저 세포 암 BCC 편평상피암 SCC 흑색 종 MELANOMA 알 수 없음 UNKNOWN

현재 복용중인 약: Current medications

약물알러지: Drug Allergies

예방 접종 (받은 달/년) Vaccinations: 폐렴 Pneumonia : _____ / _____ 독감 예방 주사 Flu Shot: _____ / _____

음주 여부 Alcohol Usage: 술 안마심 NONE 술 하루에 한잔 LESS THAN 1 DAILY 술 하루에 1-2잔 1-2 DAILY 술 하루에 3 잔 이상 3+ PER DAY

흡연 Smoking Status: 매일 흡연 EVERY DAY 가끔 흡연 SOME DAYS 예전에 흡연 FORMER SMOKER 피운적 없음 NEVER SMOKER

키를 적어주세요 Height: _____ 몸무게를 적어주세요 Weight: _____

환자분이 가지고 계신 증상에 표시해 주세요 (ROS):

고혈압 High Blood Pressure	갑상선 질환 Thyroid Problems	천식/ 건초열 Asthma/Hay Fever	발진 Rash	근육 약함 Musculo Weakness
가슴 통증 Chest Pain	빈혈 Anemia	기종 Emphysema	면역억제 Immunosuppression	목 당김 Neck stiffness
심장 마비 Heart Attack	수혈 Blood transfusion	불편함/병감 Malaise	식은땀 Night sweats	발작 Seizures
호흡곤란 Shortness of breath	암 Cancer	발열/오한 Fever or Chills	목 아픔 Sore throat	기침 Cough
뇌출혈 Stroke	다발성 경화증 MS (Numbness)	두통 Headaches	흐린 시야 Blurry Vision	천명 Wheezing
체중감소 Unintentional Weight Loss	루푸스 Lupus	피 안멈춤 Problems with bleeding	복통 Abdominal Pain	불안장애 Anxiety
우울증 Depression	관절염/근육통 Arthritis/Muscle Pain	상처가 잘 낫지 않음 Problems with healing	혈변 Bloody Stool	
당뇨 Diabetes	류마티스 질환 Rheumatic Disease	흉이 짐 Problems with scarring	혈뇨 Bloody Urine	
인공 관절 Artificial joints	결핵 Tuberculosis	신장 질환 Kidney problems	혈액응고 방지제 Blood thinners	
인공 심장 밸브 Artificial heart valve	에이즈 HIV/AIDS	마취약 알러지 Allergy to Lidocaine	덜싸 MRSA	
페이스 메이커/맥박조정장치 Pacemaker/defibrillator		B형/C형 간염 Hep B or C	접착제/고무알러지 Allergy to Adhesive/Latex	
에피네프린에 의한 빈맥 Rapid heart beat w/ epinephrine		혈액응고 Blood clots	간 질환 Liver problems	
항생연고 알러지 Allergy to antibiotic ointment		임신중/임신 계획 Pregnant or Planning		

환자 / 보호자 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____