



안내서

긴급한 경우에는 911에 전화하십시오

Korean

연락처 CONTACT INFORMATION

이름 (First Name) _____ 성 (Last Name) _____

주소 (Address) _____ 아파트 번호 (Apartment Number) _____

도시 (City) _____ 우편번호 (Postal Code) _____

기본 전화번호 (Main Phone) (_____) _____ - _____ 건강 카드 (Alt. Phone) (_____) _____ - _____

건강 카드 (Health Card) (_____) _____ - _____ - _____ 생년월일 (Birth Date) ____ / ____ / ____

일 (day) 월 (month) 년 (year)

성별 (Gender) ☐ 남 (M) ☐ 여 (F)

주요 사용 언어 (Primary Language) _____

☐ 사전 의료 지시 (Advanced Care Directive) → 등록 장소 (On file with) _____

긴급 상황 시 연락처 1 (Emergency Contact 1) _____

기본 전화번호 (Main Phone) (_____) _____ - _____ 건강 카드 (Alt. Phone) (_____) _____ - _____

긴급 상황 시 연락처 2 (Emergency Contact 2) _____

기본 전화번호 (Main Phone) (_____) _____ - _____ 건강 카드 (Alt. Phone) (_____) _____ - _____

주요 의료 제공자 (Primary Care Provider) _____

전화번호 (Phone) (_____) _____ - _____

관련 병력 RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 심장병 (협심증, 심장마비, 심장 우회, 심장박동기)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ 당뇨병 (인슐린 의존형/인슐린 비의존형)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ 암
(Cancer) |
| ☐ 뇌졸중/일과성허혈발작(TIA)
(Stroke/TIA) | ☐ 만성폐쇄성폐질환(COPD) (폐기종, 기관지염)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ 알츠하이머
(Alzheimer) |
| ☐ 고혈압
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ 발작 (경련)
(Seizure (convulsions)) | ☐ 치매
(Dementia) |
| ☐ 울혈성심부전증
(Congestive heart failure) | ☐ 천식
(Asthma) | ☐ 정신질환
(Psychiatric) |

기타 (Other) _____

복용 약물 MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

약물 알레르기 MEDICAL ALLERGIES

☐ 알고 있는 알레르기 없음 (No Known Allergies)
 ☐ 페니실린 (Penicillin)
 ☐ 아스피린 (ASA)
 ☐ 설파제 (Sulpha)
 ☐ 코데인 (Codeine)

기타 (Other) _____

특수 고려 사항 SPECIAL CONSIDERATIONS

전염성 질환 (Communicable Infection / Disease) _____

기타 (Other) _____

연계 병원 정보 (Hospital affiliation) _____ → ☐ 포괄적 기록 (Extensive history)

☐ 특이 사항 (투석, 신경 등) (Specialty (dialysis, neuro, etc.)) _____

이동 / 감각 보조 MOBILITY / SENSORY

☐ 틀니 (Dentures)
 ☐ 시각 (장애 / 안경 / 시각 장애) (Visual (impairment / glasses / blind))
 ☐ 청각 (장애 / 보청기 / 청각 장애) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ 이동 문제 (지팡이 / 휠체어 / 보행기 / 전동 스쿠터 / 보철용 팔다리) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

애완동물 보호자 연락처 PET CARE CONTACTS

연락처 1 (Contact 1) _____ 전화번호 (Phone) (_____) - _____

연락처 2 (Contact 2) _____ 전화번호 (Phone) (_____) - _____

애완동물 목록 및 애완동물 관리 지시 (List of pets and pet care instructions) _____

작성자 (Completed by) _____ 날짜 (Date) _____ / _____ / _____
 (day) (month) (year)