



CHEE GAP KIM, M.D.

Physical Medicine & Rehabilitation
Board Certified Electrodiagnosis
Pain Medicine

475 Grand Ave., 2nd floor, Englewood, NJ 07631
(201) 541-1111 / Fax: (201) 541-0777

Date (날짜) _____

Patient's Name (성명) _____

Date of Birth (생년월일) _____ Sex: (성별) M (남) _____ F (여) _____

Address (주소) _____

Cell Phone (전화번호) _____ Emergency Contact (비상연락처) _____

Email Address (이메일주소) _____

Social Security No. (사회보험번호) _____ Occupation (직업) _____



Name of Insurance Company (보험회사) _____

Date of Accident (사고날짜) _____ Claim No. _____

Name of Adjuster _____ Phone No. _____



I hereby authorize direct payment of medical benefit to Dr. Chee Gap Kim, and also permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I hereby authorize Dr. Chee G Kim to release any information required in the course of my examination and treatment. I hereby authorize any physician, hospital or medical facility to provide at the information on my medical history to Dr. Chee G Kim. I also understand that I am financially responsible for all the charges whether or not paid by insurance.

Date _____ Patient's Signature (환자본서명) _____

Patient History Questionnaire (cont) (환자의 전체 병력)

Patient Name (이름): _____ Date (날짜): _____

Medical History(과거병력): 해당 항목을 모두 표시 해주십시오.

- 고혈압 당뇨 고지혈증 심혈관 질환 자동차 사고 갑상선 질환 암 () 심부정맥
- 우울증 위염 위궤양 녹내장 천식 간질환 신장질환 골다공증
- 관절염 수술여부()

교통사고가 난 적이 있습니까? 예 아니오
 언제 났습니까? 날짜: _____(년도)

Social History (사회적 기록): 해당 항목을 모두 표시 해주십시오.

결혼: 미혼 기혼 이혼 사별
 술: 전혀 안함 가끔 (빈도:) 매일
 담배: 전혀 안함 피우다가 그만둠; 하루에 몇 _____ 갑 _____ 년
 마약: 전혀 안함 사용했음 종류 _____
 임신: 예 아니오
 장애인: 예 아니오
 직업: _____

거주하시는 곳(집):
 일층 이층: 계단여부(약 개) 아파트(층) 엘리베이터 여부 (있다 없다)

운동은 정기적으로 하십니까? 예 아니오

Family History (전체 가족 병력):

- | | | | |
|---------|----------|-----------|--------------|
| 1) 당뇨병 | 6) 암 | 11) 관절염 | 16) 알코올 중독 |
| 2) 고혈압 | 7) 간질환 | 12) 녹내장 | 17) 간질 |
| 3) 고지혈증 | 8) 천식 | 13) 중풍 | 18) 기타 _____ |
| 4) 심장질환 | 9) 빈혈 | 14) 편두통 | 19) 기타 _____ |
| 5) 갑상선 | 10) 골다공증 | 15) 정신 질환 | |

Reviewed by (제공자 서명): _____ Date: _____



CHEE GAP KIM, M.D.

Physical Medicine & Rehabilitation

Board Certified Electrodiagnosis

Pain Medicine

475 Grand Ave., 2nd floor, Englewood, NJ 07631

(201) 541-1111 / Fax: (201) 541-0777

Patient's History Questionnaire

Review of systems(ROS) 전체 병력

해당사항에 표시해 주십시오.

이름(Name): _____ 날짜(Date): _____

Constitutional(일반)

예 아니오

최근 체중 변화 () ()
밤에 땀을 흘림 () ()
피곤 () ()

Ear/nose/mouth/throat

(이비인후) 예 아니오

귀가 안들림 () ()
코피 () ()
목소리 이상 () ()
목이 따가움 () ()

Eyes(눈)

예 아니오

안경/콘택트렌즈 () ()
시야가 두개로 보임 () ()
녹내장 () ()
백내장 () ()

Cardiovascular (심폐)

예 아니오

가슴통증 () ()
가슴이 두근거림 () ()
심장병 () ()
손발이 부음 () ()

Respiratory(호흡기)

예 아니오

숨가쁨 () ()
기침 () ()
천식 () ()
가래에 피 () ()

Gastrointestinal(위장)

예 아니오

속쓰림 () ()
위궤양 () ()
토할것 같음 () ()
대변에서 피 () ()

Endocrine(내분비)

예 아니오

갈증/소변이 많음 () ()
갑상선 () ()
호르몬 이상 () ()

Neurological(신경)

예 아니오

젓은 두통 () ()
마비 () ()
간질 () ()
손발이 저림 () ()

Allergy(알러지)

예 아니오

음식 () ()
아스피린 () ()
항생제 () ()

Genitourinary

(비뇨생식기) 예 아니오

소변에 피 () ()
콩팥에 돌 () ()
성기능 이상 () ()
월경이상(여) () ()
고환통증(남) () ()

Hematologic/Lymphatic

(혈액) 예 아니오

멍이 잘듦 () ()
상처가 잘
낫지 않음 () ()

Psychiatric(정신과)

예 아니오

불면 () ()
기억 상실 () ()
우울증 () ()
불안 초조 () ()

Reviewed by _____

Date _____



CHEE GAP KIM, M.D.
 Physical Medicine & Rehabilitation
 Board Certified Electrodiagnosis
 Pain Medicine

475 Grand Ave., 2nd floor, Englewood, NJ 07631
 (201) 541-1111 / Fax: (201) 541-0777

성명: _____

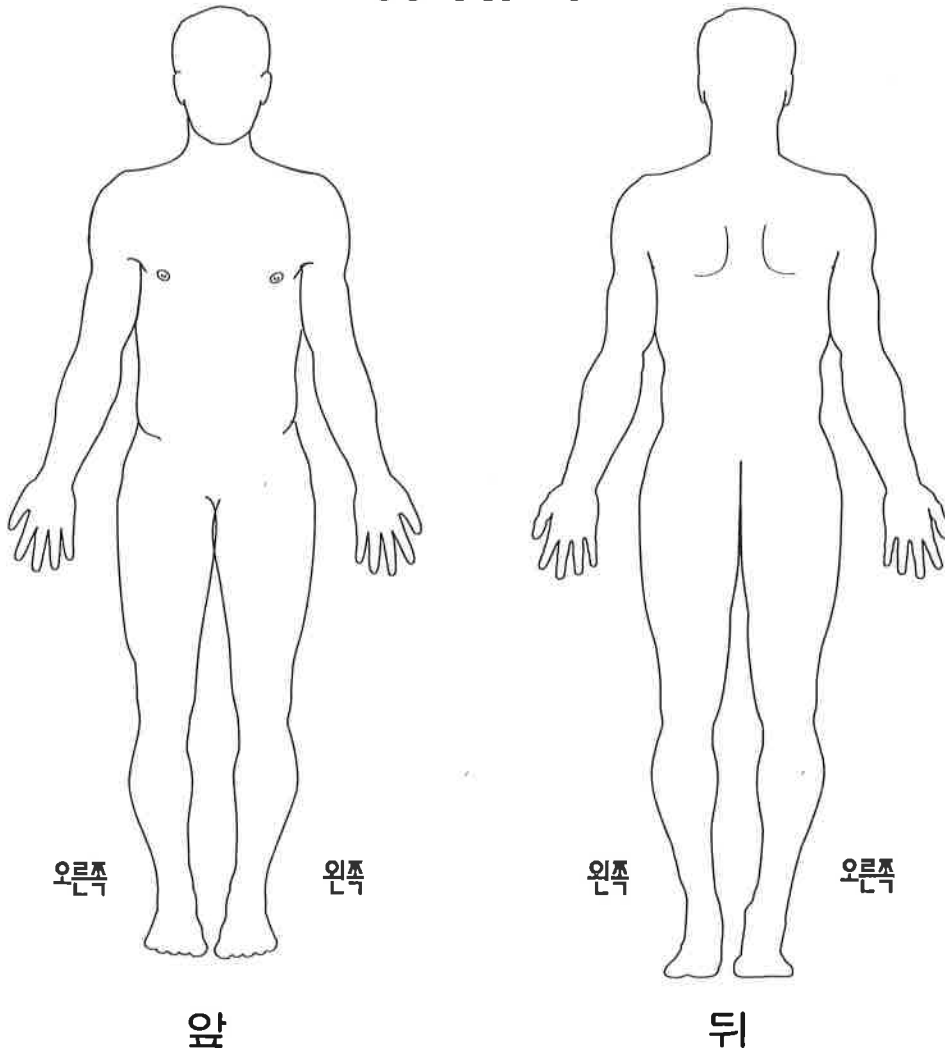
날짜: _____

통증그림

어디가 아픈지 표시 해주십시오.
 통증이 타고 내려 가는 것을 표시해 주십시오.
 통증이 있는 모든 곳을 표시해 주십시오.

감각이 없음	바늘로 찌르는 듯한 통증	화끈화끈한 통증	쑤시는 듯한 통증	칼로 베는 듯한 통증
●●●●●●●●	00000000	XXXXXXX	△△△△△	//////////
●●●●●●●●	00000000	XXXXXXX	△△△△△	//////////
●●●●●●●●	00000000	XXXXXXX	△△△△△	//////////
●●●●●●●●	00000000	XXXXXXX	△△△△△	//////////

<통증 부위 표시>





CHEE GAP KIM, M.D.

Physical Medicine & Rehabilitation
Board Certified Electrodiagnosis
Pain Medicine

475 Grand Ave., 2nd floor, Englewood, NJ 07631
(201) 541-1111 / Fax: (201) 541-0777

증상에 따른 통증 정도 측정

현재 느끼고 계신 통증의 증상별로 그 정도를 맞는 칸에 표시하여 주십시오.

성명 _____ 작성일자 _____ 년 _____ 월 _____ 일

통증의 증상 \ 정도	통증이 없음	약한 통증	중간정도 통증	심한 통증
맥박치는 듯한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
번개같은 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
찌르는 듯한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
날카로운 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
쥐가 나는 듯한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
값는 듯한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
화끈거리는 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
쑤시는 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
묵직한 느낌	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
몽치는 듯한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
칼로 베는 것같은 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
피곤한 느낌	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
지겨운 느낌	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
무시무시한 느낌	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
잔인한 통증	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

통증의 정도를 표시해 주십시오.

