



신규 환자 등록서

Admin to complete Patient details added to file Date/Initial: _____	Clinical team to complete Patient details updated in MD Date/Initial: _____
---	---

본 양식에서 요청하는 정보는 귀하께 최상의 진료 서비스를 제공하고, 귀하의 건강 관리에 관련된 다른 의료인과의 정보 공유, 행정 및 청구 목적, 그리고 Medicare 및 건강보험위원회의 요건을 충족하기 위해 필요합니다.

이 양식은 호주 왕립 일반의학회(RACGP)의 일반진료소 표준(제5판)을 준수합니다. 이는 귀하의 개인 건강 정보가 연방 및 주 개인정보 보호법에 따라 안전하고 비밀스럽게 관리됨을 의미합니다.

만약 궁금한 점이나 우려되는 부분이 있으시면 해당 항목을 비워 두시고 담당 의사(GP)와 상의하시기 바랍니다.

Patient Details / 환자 정보

Title (Mr/Mrs/Ms/Miss/Master/Other) / 호칭: _____

First Name / 이름: _____ Middle Name / 중간 이름: _____

Surname / 성: _____ Preferred Name / 선호하는 이름: _____

Date of Birth / 생년월일: ___/___/___ Gender / 성별: _____

Marital Status / 결혼 상태: Single / 미혼 Married / 기혼 Defacto / 사실혼 Separated / 별거 Divorced / 이혼 Widowed / 사별

Medicare Card Number: _____ IRN: _____ Expiry: _____

Contact Information / 연락처

Home Address / 주소: _____

Postal Address (if different) / 우편 주소 (다를 경우): _____

Email Address / 이메일: _____

Telephone / 전화번호: _____ Work / 직장: _____ Mobile / 휴대폰: _____

Consent to SMS reminder / 문자 알림 동의: Yes / 예 No / 아니오

Consent for My Health Record upload / My Health Record 업로드 동의: Yes / 예 No / 아니오

Next of Kin / 보호자 정보

Name / 이름: _____

Relationship / 관계: _____

Telephone / 전화: _____

Mobile / 휴대폰: _____

Emergency Contact (if different) / 긴급 연락처 (다를 경우)

Name / 이름: _____

Relationship / 관계: _____

Telephone / 전화: _____

Mobile / 휴대폰: _____

Cultural Information / 문화 및 언어 정보

Are you Aboriginal or Torres Strait Islander descent? / 원주민 또는 토레스 해협 제도 출신입니까?

Country of Birth / 출생 국가: _____ Ethnicity / 인종: _____ Year of Arrival in Australia / 호주 입국 연도: _____

Do you require an interpreter? / 통역이 필요하십니까? Yes / 예 No / 아니오 Language / 언어: _____

Medical History / 병력

Diabetes / 당뇨병: _____ Cancer / 암: _____ Heart Disease / 심장병: _____

Asthma / 천식: _____ Other Conditions / 기타 질환: _____

Family History / 가족력: _____

Smoking History / 흡연 여부

Smoker / 현재 흡연자 Ex-Smoker / 과거 흡연자 Never Smoked / 비흡연자

Frequency / 빈도: Daily / 매일 Weekly / 주 1회 이하 Less than weekly / 주 1회 미만

Number of cigarettes / 하루 흡연량: ____ Year Commenced / 시작 연도: ____ Last quit attempt / 마지막 금연 시도: ____

Alcohol History / 음주 습관

Do you drink alcohol? / 술을 마십니까? Yes / 예 No / 아니오 Never / 전혀 안 함

Frequency / 빈도: Monthly / 월 1회 Weekly / 주 1회 이상 Daily / 매일

Are you concerned about your drinking? / 음주 습관에 대해 걱정되십니까? Yes / 예 No / 아니오

Allergies / 알레르기 및 부작용

Do you have any allergies or sensitivities? / 알레르기나 약물 과민 반응이 있습니까? Yes / 예 No / 아니오

Medication / 약물 또는 물질: _____ Reaction / 반응: _____

Immunisations / 예방접종

Please tick routine immunisations received / 받은 예방접종에 표시하세요.

Birth / 출생 시 2 months / 2개월 4 months / 4개월 6 months / 6개월 12 months / 12개월 18 months / 18개월 4 years / 4세 Year 7 / 중1 Year 10 / 고1 Others / 기타: _____

Privacy Consent / 개인정보 동의

저는 위의 내용을 읽고 제 개인정보가 수집되어야 하는 이유를 이해하였습니다. 또한 본 의원이 환자 정보를 처리함에 있어 개인정보 보호정책을 가지고 있음을 알고 있습니다. 저는 요청된 모든 정보를 반드시 제공해야 하는 의무는 없으며, 일부 정보를 제공하지 않을 경우 제가 받는 진료 및 치료의 질에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.

저는 본인에 대해 수집된 정보에 접근할 권리가 있음을 알고 있으며, 정당한 사유로 접근이 제한되는 경우에는 그 이유에 대한 설명을 받을 것임을 이해합니다. 또한, 상기 명시된 목적 이외의 용도로 제 정보가 사용될 경우, 별도의 동의 절차가 이루어질 것임을 이해합니다.

저는 본 의원이 상기 명시된 목적을 위해 제 정보를 처리하는 것에 동의하며, 서면으로 본 의원에 알린 접근 또는 공개 제한 조건에 따를 것임을 확인합니다.

Practice Use of AI Scribe AI 기록 시스템 사용 안내

본 의원은 AI 기록 시스템(AI Scribe)을 사용하여 의사가 컴퓨터 입력에 집중하지 않고 환자 진료에 더 집중할 수 있도록 돕고 있습니다.

저는 진료 중 AI 기록 시스템 사용에 동의합니다.

예 아니오

Full Name / 성명: _____ Date / 날짜: ____/____/____ Signature / 서명: _____