



# 개인 건강 요약 메모

## PERSONAL HEALTH SUMMARY

날짜:  
DATE:

### 개인 정보 PERSONAL INFORMATION

이름  
FIRST NAME

중간 이니셜  
MIDDLE I.

성  
LAST NAME

거리 주소  
STREET ADDRESS

시  
CITY

주  
STATE

우편번호  
ZIP CODE

생년월일(월/일/연도)  
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

전화번호  
PHONE NUMBER

이메일  
EMAIL

### 응급 연락처 EMERGENCY CONTACT

이름  
NAME

관계  
RELATIONSHIP

주 전화번호  
PRIMARY PHONE NUMBER

부 전화번호  
SECONDARY PHONE NUMBER

이메일  
EMAIL

### 주치의 PRIMARY CARE PROVIDER

이름  
NAME

전화번호  
PHONE NUMBER

거리 주소  
STREET ADDRESS

시  
CITY

주  
STATE

우편번호  
ZIP CODE

### 약국 정보 PHARMACY INFORMATION

약국 이름  
PHARMACY NAME

전화번호  
PHONE NUMBER

거리 주소  
STREET ADDRESS

시  
CITY

주  
STATE

우편번호  
ZIP CODE

약국 이름  
PHARMACY NAME

전화번호  
PHONE NUMBER

거리 주소  
STREET ADDRESS

시  
CITY

주  
STATE

우편번호  
ZIP CODE

### 건강 보험 HEALTH INSURANCE

주 건강 보험명  
PRIMARY INSURANCE NAME

ID #

PCN #

그룹 #  
GROUP #

BIN #

부 건강 보험명  
SECONDARY INSURANCE NAME

ID #

PCN #

그룹 #  
GROUP #

BIN #

### 약, 비타민, 영양 보충제 및 허브 MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

이름  
NAME

복용량 및 복용횟수  
HOW MUCH AND HOW OFTEN

### 의료 기록 MEDICAL HISTORY

### 의약품 알레르기 반응 ALLERGIES TO MEDICATION

EpiPen 처방됨  
EpiPen is prescribed