

ID:

NO:

담당 확인 - (본인부담없음 / 10%)

(주황색  안쪽 부분만(앞 / 뒷면) 작성하세요.)

## 건강검진 문진표 (□인지 □정신 □생활 □노인)

1차검진	위암	대장암	유방암	자궁암	간암	폐암

수검자 성명	주민등록 번호	-	전화 번호
건강검진 결과통보서 수령방법(택1) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 모바일 <input type="checkbox"/> E-mail		E-mail 주소	
주소(필수 기재)			

★ 계측검사(계측 담당 기록 항목입니다.) - 수검자 분께서는 표기하지 마세요.

계측 검사	신장	체중	허리둘레	시력(좌/우)	청력(좌/우)	혈압(최고/최저)
	Cm	Kg	Cm	/	/	/ mmHg
참고치	체질량지수 18.5-24.9		남 : 90 미만 여 : 85 미만	--	--	정상A 120미만 / 80미만 정상B(경계) 120-139 / 80-89

★ 진찰 및 상담(의사 기록 항목입니다.) - 수검자 분께서는 표기하지 마세요.

1.진단 여부	없음( )	고혈압( )	당뇨( )	이상지질( )	폐결핵( )	기타( )
2.약물치료여부	없음( )	고혈압( )	당뇨( )	이상지질( )	폐결핵( )	기타( )
3.생활습관	금연필요( )	절주필요( )	신체활동 필요( )	근력운동 필요( )		

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.



## 질환력(과거력, 가족력)

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? '○ 또는 √' 표시해 주십시오.

질병명	뇌졸중 (중풍)	심근경색 협심증	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타 (암포함)
진단							
약물 치료							

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

질환명	뇌졸중 (중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암포함)
예					
아니요					

3. B형 간염 바이러스 보유자입니까?

① 예 ② 아니요 ③ 모름



## 흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궤련)를 피운 적이 있습니까?

① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요)

② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루 평균 ___개비	끊은지 ___년

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴) 등을 피운 적이 있습니까?

① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요)

② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루 평균 ___개비	끊은지 ___년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니요

② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한달동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니요 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일

④ 월 10-29일 ⑤ 매일



### 음주

※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ( )번
- ② 한 달에 ( )번
- ③ 1년에 ( )번
- ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성 해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성 해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)  
\* 폭음 : 하루 동안의 최대 음주량으로 판단

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				



### 신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주당 ( )일

\* 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주당 ( )일

\* 8 번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.  
\* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ( )일

## 건강검진 추가 문진표 (66세, 70세, 80세 해당)

### 노인신체 기능검사 - 장애유무( 무 , 유 )

① 하지기능	② 평형성	
(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)	눈감은 상태	눈 뜬 상태
정상A : 10 이내/정상B : 11~19초	정상A : 15초 이상/정상B : 6~14초	정상A : 20초 이상/정상B : 10~19초

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예                      ② 아니요

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 "○ 표시" 를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니요

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?    ① 예                      ② 아니요

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

ID:

NO:

(주황색  안쪽 부분만 작성하세요.)

## 암검진 문진표

담당 확인 - (본인부담없음 / 10%)

위암	대장암	유방암	자궁암	간암	폐암

수검자 성명	주민등록 번호	-	전화 번호
건강검진 결과통보서 수령방법(택1) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 모바일 <input type="checkbox"/> E-mail		E-mail 주소	
주소(필수 기재)			

\* 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

## \* 암 검진(공통) 관련 문항

\* 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는  
답에 'O' 표시해 주십시오.

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?  
① 예(증상: \_\_\_\_\_) ② 아니요
- 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중  
감소가 있었습니까?  
① 아니요 ② 체중감소 ( \_\_\_\_\_ kg)
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신  
분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르 겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유 방 암							
대 장 암							
간 암							
자궁경부암							
폐 암							
기타( 암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명	검 사 시 기				
	10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년미만	2년이상~ 10년미만	
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변장혈반응검사 (대변 검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁 경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부CT				
간 암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

## \* 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항

\*해당되는 곳에 'O' 표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질 환 명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질 환 유 무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질 환 명	대장용종	궤양성 대장염	크론병	치질 (치핵, 치열)	기타	없음
질 환 유 무						

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질 환 명	B형간염바이 러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질 환 유 무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

질 환 명	만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질 환 유 무							

## \* 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성 분들만 응답해주세요.)

9. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 \_\_\_\_\_ 세 ② 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
- 
- ③ 폐경되었음 (폐경연령 : 만 \_\_\_\_\_ 세)

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고  
계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

- ① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용
- 
- ③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

- ① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?  
(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을  
말합니다) ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으니까?

- ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용
- 
- ③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음