

ID:

NO:

담 당 확 인 - ( 본인부담없음 / 10% )

|      |    |     |     |     |    |    |
|------|----|-----|-----|-----|----|----|
| 1차검진 | 위암 | 대장암 | 유방암 | 자궁암 | 폐암 | 간암 |
|      |    |     |     |     |    |    |

- **주황색** 안쪽 부분만(앞 / 뒷면) 작성하세요.**건강검진 문진표** (□인지 □정신 □생활 □노인)

|                 |            |  |           |
|-----------------|------------|--|-----------|
| 수검자<br>성명       | 주민등록<br>번호 | -  | 전화<br>번호  |
| 건강검진 결과통보서 수령방법 |            | <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<br>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<br>여 : 85 미만 | --      | --      | 정상A 120미만 / 80미만<br>정상B(경계) 120-139 / 80-89 |

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

|          |         |         |            |            |        |       |
|----------|---------|---------|------------|------------|--------|-------|
| 1.진단여부   | 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.

|  |                      |  |                  |
|--|----------------------|--|------------------|
|  | <b>질환력(과거력, 가족력)</b> |  | <b>흡연 및 전자담배</b> |
|--|----------------------|--|------------------|

※ 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<br>(중풍) | 심근경색<br>협심증 | 고혈압 | 당뇨병 | 이상지질<br>혈증 | 폐결핵 | 기타<br>(암포함) |
|----------|-------------|-------------|-----|-----|------------|-----|-------------|
|          |             |             |     |     |            |     |             |
| 약물<br>치료 | 예           |             |     |     |            |     |             |
|          | 아니요         |             |     |     |            |     |             |

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

| 질환명 | 뇌졸중<br>(중풍) | 심근경색/협심증 | 고혈압 | 당뇨병 | 기타<br>(암포함) |
|-----|-------------|----------|-----|-----|-------------|
|     |             |          |     |     |             |
| 예   |             |          |     |     |             |
| 아니요 |             |          |     |     |             |

3. B형 간염 바이러스 보유자입니까?

① 예 ② 아니요 ③ 모름

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

① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요)

② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)을 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 궐련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴) 등을 피운 적이 있습니까?

① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요)

② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 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 (☞ 5-1번 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 (만66세, 70세, 80세 해당)

### 노인신체 기능검사 - 장애유무( 무 , 유 )

| ① 하지기능(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) | ② 평형성 | 눈감은 상태                     | 눈 뜬 상태                     |
|--------------------------|-------|----------------------------|----------------------------|
|                          |       | 정상A : 10이하    정상B : 11~19초 | 정상A : 15초 ↑    정상B : 6~14초 |

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:

만 20세 이상 여  
만 40세 이상 남 여

## 암검진 문진표

담당 확인 - (본인부담없음 / 10%)

|    |     |     |     |    |    |
|----|-----|-----|-----|----|----|
| 위암 | 대장암 | 유방암 | 자궁암 | 폐암 | 간암 |
|    |     |     |     |    |    |

|  |            |           |           |
|--|------------|-----------|-----------|
| 수검자<br>성명  | 주민등록<br>번호 | 전화<br>번호  | 자택<br>핸드폰 |
| 건강검진 결과통보서 수령방법 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 모바일 <input type="checkbox"/> E-mail |            | E-mail 주소 |           |
| 결과통보서 받으실 주소   |            |           |           |

※ 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 부위에는 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<br>겠다 | 있다 (복수선택 가능) |    |    |    |    |
|--------|----|----------|--------------|----|----|----|----|
|        |    |          | 본인           | 부모 | 형제 | 자매 | 자녀 |
| 위 암    |    |          |              |    |    |    |    |
| 유 방 암  |    |          |              |    |    |    |    |
| 대 장 암  |    |          |              |    |    |    |    |
| 간 암    |    |          |              |    |    |    |    |
| 자궁경부암  |    |          |              |    |    |    |    |
| 폐 암    |    |          |              |    |    |    |    |
| 기타( 암) |    |          |              |    |    |    |    |

- 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

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

### ※ 위암, 대장암, 간암 관련 문항 - 해당되는 곳에 'O' 표 해 주십시오.

- 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

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

- 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

|         |      |            |     |                |    |    |
|---------|------|------------|-----|----------------|----|----|
| 질 환 명   | 대장용종 | 궤양성<br>대장염 | 크론병 | 치질<br>(치핵, 치열) | 기타 | 없음 |
| 질 환 유 무 |      |            |     |                |    |    |

- 간(肝)질환이 있으십니까?

|         |                  |            |            |     |    |    |
|---------|------------------|------------|------------|-----|----|----|
| 질 환 명   | B형간염바이<br>러스 보유자 | 만성<br>B형간염 | 만성<br>C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 |
| 질 환 유 무 |                  |            |            |     |    |    |

- 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

|         |                                |         |         |                        |             |    |    |
|---------|--------------------------------|---------|---------|------------------------|-------------|----|----|
| 질 환 명   | 만성폐쇄성폐질환<br>(만성기관지염,<br>폐기종 등) | 폐<br>결핵 | 폐<br>결절 | 간<br>질<br>성<br>폐<br>질환 | 진<br>폐<br>증 | 기타 | 없음 |
| 질 환 유 무 |                                |         |         |                        |             |    |    |

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

- 월경을 언제 시작하셨습니다?

① 만 \_\_\_\_\_ 세 ② 초경이 없었음

- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

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

- 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

- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

- 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을  
말합니다) ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠음

- 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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