

일반건강검진 문진표

빨간색 테두리만 작성하세요

성명	주민등록번호		-	핸드폰	
주소				사업장명	
결과통보서 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편	<input type="checkbox"/> e-mail (@)	<input type="checkbox"/> 내원수령
	<input type="checkbox"/> 웹(Web) 전송 동의 (서명)				

신장 (cm)	체중 (kg)	체질량지수 (kg/m ²)	허리둘레 (cm)	시력검사	청력검사
<input type="checkbox"/> 본인기재	<input type="checkbox"/> 본인기재		<input type="checkbox"/> 본인기재	<input type="checkbox"/> 교정	<input type="checkbox"/> 보청기착용
				/	/

혈압측정 (mmHg) [1회차]		혈압측정 (mmHg) [2회차]			
최고 (120미만)	최저 (80미만)	최고 (120미만)	최저 (80미만)		

노인신체기능평가 (만66세 · 70세 · 80세)			<input type="checkbox"/> 영상검사	<input type="checkbox"/> 골밀도검사 (만54세 · 66세 여성)
하지기능 (10초 이내)	보행장애	평형성 (20초 이상)	흉부촬영 (폐결핵, 흉부질환)	골다공증
			<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비활동성 폐결핵 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 기타	

<input type="checkbox"/> 요검사 (신장기능검사-요단백)	<input type="checkbox"/> 생리	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 경계 <input type="checkbox"/> 단백뇨 의심	1. 음성 2. ± 3. +1 4. +2 5. +3 6. +4
---	-----------------------------	---	------------------------------------

<input type="checkbox"/> 혈액검사	빈혈 등 (혈색소-g/dL)	당뇨병 (공복혈당-mg/dl)	간장질환 (IU/L)			신장질환	
			AST(SGOT)	ALT(SGPT)	감마지티피(γ-GTP)	혈청크레아티니	신사구체 여과율(e-GFR)

이상지질혈증, 동맥경화(4년/1회) (mg/dL) (남 : 만24세 이상, 여 : 만40세 이상)				B형간염 (만40세)	
총 콜레스테롤	고밀도 콜레스테롤 (HDL)	중성지방 (트리글리세라이드)	저밀도 콜레스테롤 (LDL)	표면항원	표면항체
				<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 정밀 ()	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 정밀 ()

진찰 (문진)	과거 병력	진단여부	1. 무 2. 유 (①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타[])
		약물치료	1. 무 2. 유 (①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타[])
	생활습관	1. 양호 2. 개선필요 (①흡연 ②음주 ③신체활동[운동] ④근력)	

--	--	--	--	--

※ 산업안전보건법 시행령 제22조1항의7라목 (건강진단결과 발견된 질병자의 영양지도 및 관리)에 의거하여 근로자의 건강검진 사후관리에 본인의 의사로 의무기록 열람 및 활용에 대한 정보제공에 동의합니다.

동의 비동의 본인 : (서명)

판정일	20	년	월	일	검진 의사 면허번호	의사명	(서명)
-----	----	---	---	---	------------	-----	------

일반건강검진 문진표 (필수작성)

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

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

구분	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	아니요	예	아니요
심근경색/협심증	예	아니요	예	아니요
고혈압	예	아니요	예	아니요
당뇨병	예	아니요	예	아니요
고지혈증	예	아니요	예	아니요
폐결핵	예	아니요	예	아니요
기타(암포함)	예	아니요	예	아니요

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자 입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

4. 지금까지 평생 총5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운적이 있습니까?

- ① 아니요 (☞5번 문항으로 가세요)
② 예 (☞4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 <input type="text"/> 년	하루 평균 <input type="text"/> 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 <input type="text"/> 년	흡연했을 때 하루 평균 <input type="text"/> 개비	끊은지 <input type="text"/> 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적이 있습니까?

- ① 아니요 (☞6번 문항으로 가세요)
② 예 (☞5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 <input type="text"/> 년	하루 평균 <input type="text"/> 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 <input type="text"/> 년	흡연했을 때 하루 평균 <input type="text"/> 개비	끊은지 <input type="text"/> 년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요
② 예 (☞6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
④ 월 10-29일 ⑤ 매일

7. 지난 1년간 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?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

술 종류	잔

7-2. 지난 1년간 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

술 종류	잔

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

■ 주당 일

※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장 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

※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 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 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

■ 주당 일

등록번호:

구강검진 문진표

성명		전화번호	자택	
주민등록번호	-		핸드폰	

■ 14번 문항까지 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

※ (치과)병력과 증상

- 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니요
- 현재 심혈관건강질문제를 겪고 계십니까? (예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등)
① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다
- 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 욱신거리거나 아픈 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요

※ 구강건강 삶의 질과 인식

- 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤편이라고 생각하십니까?
① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우나쁨

※ 흡연

- 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

※ 구강위생관리

- 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦으셨습니까? 하루에 ()회
- 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하셨습니까?
① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하셨습니까?
① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다.

※ 불소이용

- 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다

※ 식습관

- 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상
- 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(탄산음료, 스포츠음료, 과일 주스 포함)를 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상

구강검진 결과통보서

성명		주민등록번호	
검진일	20 년 월 일	검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

문진표 평가

(치과)병력문제	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	구강건강 습관문제	구강위생	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
			불소이용	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
구강건강인식도 문제	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 없음		설탕섭취	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
			흡연	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음

구강검사 결과

구분	관련질환	검사항목	검사결과	결과 참고사항																												
치아 검사	치아우식증 (충치)	우식치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	※ 영구치우식 유병율(2010년/%) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>전체</th> <th>남</th> <th>여</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>19세 - 29세</td><td style="text-align: center;">39</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">35</td></tr> <tr><td>30세 - 39세</td><td style="text-align: center;">38</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">34</td></tr> <tr><td>40세 - 49세</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">31</td></tr> <tr><td>50세 - 59세</td><td style="text-align: center;">29</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">26</td></tr> <tr><td>60세 - 69세</td><td style="text-align: center;">28</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">23</td></tr> <tr><td>70세 이상</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">25</td></tr> </tbody> </table> (보건복지부 2010 국민구강건강실태조사 2011) ※ 검사항목 설명 ① 우식치아: 충치가 있는 치아 ② 인접면 우식 의심치아: 치아 사이에 충치가 의심되는 치아 ③ 수복치아: 충치 치료로 금, 레진, 아말감 같은 치료를 씌우거나 때문 치아 ④ 상실치아: 충치로 인해 빠져 새로 해넣어야 하는 치아 ⑤ 치은염증: 잇몸에 염증이 있는 정도 ⑥ 치석: 치석제거가 필요한 정도	구분	전체	남	여	19세 - 29세	39	42	35	30세 - 39세	38	42	34	40세 - 49세	34	37	31	50세 - 59세	29	31	26	60세 - 69세	28	33	23	70세 이상	27	31	25
		구분	전체		남	여																										
		19세 - 29세	39		42	35																										
		30세 - 39세	38		42	34																										
40세 - 49세	34	37	31																													
50세 - 59세	29	31	26																													
60세 - 69세	28	33	23																													
70세 이상	27	31	25																													
인접면 우식 의심치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
수복치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
상실치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
치주 조직 검사	치주질환 (잇몸병)	치은염증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증																													
		치석	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증																													

기타부위검사소견

아래의 검사는 만 40세만 해당됩니다.

구분	관련질환	검사항목	판정	
치면 세균막 검사	치아우식증(충치) 치주질환(잇몸병)	상아우측 제1대구치(16번) 세균막	() 점	■ 양호 (1점 미만) ■ 보통 (1~3점 미만) ■ 불량 (3점 이상) ※ 평균점수 = 각 치면의 점수 합/평가치이수
		상아우측 중절치(11번) 세균막	() 점	
		상아좌측 제1대구치(26번) 세균막	() 점	
		하악좌측 제1대구치(36번) 세균막	() 점	
		하악좌측 중절치(31번) 세균막	() 점	
		하악우측 제1대구치(46번) 세균막	() 점	
평 균			() 점	

종합판정 및 조치사항

종합판정	<input type="checkbox"/> 정상A <input type="checkbox"/> 정상B <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 치료필요		
조치사항	필요 구강보건교육	사후관리 권고	추가 조치사항
	<input type="checkbox"/> 설탕섭취(영양) <input type="checkbox"/> 구강위생 <input type="checkbox"/> 불소이용	<input type="checkbox"/> 정밀구강검진(방사선검사 등) <input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 및 치주관리(스케일링 등) <input type="checkbox"/> 치아우식 치료 필요 <input type="checkbox"/> 치주치료 필요	

결과해석

요양기관기호	31100767	검진기관명	순천향대학교부속부천병원	치과의사명	(서명)
판정일	20 년 월 일			면허(자격)번호	

본 건강검진결과통보서는 상급병원에서 요양급여(진료)가 필요하다는 건강검진 종합소견이 있는 경우 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음됩니다.

날짜 등록번호

암검진 문진표

(굵은 선 안 기재)

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자 성명	주민등록번호	전화 번호	주택 핸드폰
건강검진 결과통보서 수령방법 ○우편 ○이메일		E-mail : _____ @ _____ [] 건강보험가입자 [] 의료급여수급권자	
주 소	□□□□□□		

귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

암 검진 (공통) 관련 문항 『미응답 문진에 대해서는 기본적으로 '아니오/없다'로 공단에 등록됩니다.』

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 '○' 표시해 주십시오.

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까? ① 예(증상: _____) ② 아니오
- 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?
① 아니오 ② 체중감소 (Kg)
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있 다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유방암							
대장암							
간 암							
자궁경부암							
폐 암							
기타(암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? 『미체크 시 '한적 없음'으로 공단에 등록됩니다.』

검 사 명		검 사 시 기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년 이상~ 2년 미만	2년 이상~ 10년 미만
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
간 암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월 에서 1년 사이	1년보다 오래전에
폐 암	흉부 CT				

암검진 구분	증 상 (의사가 작성하는 칸입니다)	면허번호	문진상담 의사
대장암/ 유방암/ 폐암			

위암 · 대장암 · 간암 · 폐암 관련 문항

※ 미기재 시 '없음'으로 공단에 등록됩니다. 해당되는 곳에 '○' 표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 **위장질환**이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 **대장 항문질환**이 있으십니까?

질환명	대장용종	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵, 치열)	기타	없음
질환유무						

7. **간(肝)질환**이 있으십니까?

질환명	B형 간염 바이러스보유자	만성B형 간염	만성C형 간염	간경변	기타	없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 **폐질환**이 있으십니까?

질환명	만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

※ 여성분들만 작성하세요. 암 검진 종류에 관계없이 여성은 반드시 작성 요망

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 _____ 세 ② 초경이 없었음 (9번 ~ 12번 응답 불필요)

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 (10번 문항 응답 불필요) ② 자궁적출술을 하였음 (10번 문항 응답 불필요)
③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 만 _____ 세)

10. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하시거나 과거에 복용한적이 있으니까?

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

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한적 없음 (12번 문항 불필요)

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으니까?

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

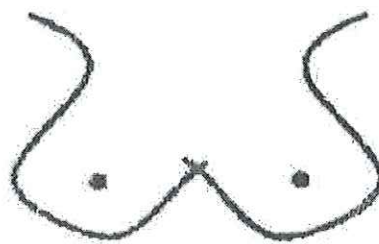
유방촬영 설문지

날 짜 : 2024년 월 일 성 명 : 연락처 (핸드폰 또는 자택전화) :

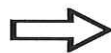
키 :	몸무게 :	자녀수 :
초경 나이 :	첫 출산나이 :	폐경 여부 : 예 () (당시 나이 :) 아니요 ()
폐경 후 호르몬 치료 여부 : 예 () (기간 : 년) 아니요 ()		

1. 현재 유방관련 증상이 있습니까?

증상	예	아니요
만져지는 멍울		
국소적인 유방 통증		
유즙분비 (무색, 붉은색)		
기타 :		



- 1) 증상이 있다면 언제부터 입니까?
- 2) 멍울이나 통증이 있다면 그림에 표시해 주세요.



(오른쪽) (왼쪽)

2. 최근 2~3년 내에 유방검사를 하신 적이 있습니까?

검사명	예 ○	아니요 X	아니요
유방촬영	언제		
	어디에서		
	결과		
초음파 검사	언제		
	어디에서		
	결과		

3. 유방 조직검사 혹은 수술을 받은 적이 있습니까? 있다면 언제 받으셨습니까?

구분	예	아니요
조직검사	(언제 : _____)	
유방암 수술	(언제 : _____)	
유방성형 (확대, 축소)	(언제 : _____)	

4. 가족 중 유방암 환자가 있습니까? 있다면 유방암 진단 당시 그분의 나이는 몇세였습니까?

관계	예	아니요
어머니	(_____ 세)	
딸	(_____ 세)	
자매 (언니, 동생)	(_____ 세)	
이모, 외할머니, 고모		

5. 국립암센터에서는 매년 우리나라 여성의 유방암 통계를 집계하고 있습니다. 본인의 결과 (유방암 유무) 가 유방암 통계에 활용되는 것에 동의하십니까? (예, 아니요)

환자의 개인정보는 전혀 노출되지 않으며 유방암 여부만 집계됩니다. 서명 : _____

※ 모든 유방암을 100% 정확하게 진단할 수 있는 검사법은 없습니다. 그러나 정기적인 유방 촬영은 유방암을 조기 진단할 수 있는 최선의 방법입니다.