일반건강검진 문진표

빨간색 테두리만 작성하세요

성 명		주민등록번호	–	핸드폰	
주 소				사업장명	
결과통보서 수령방법	□ 우편 □ e-mail (@) □ 내원수령				
	□ 웹(Web) 전송 동의 (서 명) □ 모바일				

신 장 (cm)	체 중 (kg)	체질량지수 (kg/㎡)	허리둘레 (cm)	시력검사	청력검사
□ 본인기재	□ 본인기재		□ 본인기재	□ 교정	□ 보청기착용
				/	/

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

노인신체기능평가 (만66세 · 70세 · 80세)			□ 영상검사	□ 골밀도검사 (만54세·60세·66세 여성)
하지기능 (10초 이내)	보행장애	평형성 (20초 이상)	흉부촬영 (폐결핵, 흉부질환)	골다공증
			□ 정상 □ 비활동성 폐결핵 □ 질환의심 □ 기타	

□ 요검사 (신장기능검사-요단백)	□ 생리	□ 정상 □ 경계 □ 단백뇨 의심	1. 음성 2. ± 3. +1 4. +2 5. +3 6. +4

□ 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(4년/1회) (mg/dL) (남:만24세 이상, 여:만40세 이상)		C형간염 (만56세)	B형간염 (만40세)	
총 콜레스테롤	고밀도 콜레스테롤 (HDL)	항체	표면항체	표면항원
중성지방 (트리글리세라이드)	저밀도 콜레스테롤 (LDL)		□ 정밀	□ 정밀

진찰 (문진)	과거 병력	진단 여부	1. 무 2. 유 (①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩기타[ ])
		약물 치료	1. 무 2. 유 (①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩기타[ ])
	생활습관		1. 양호 2.개선필요 (①흡연 ②음주 ③신체활동[운동] ④근력)

※ 산업안전보건법 시행령 제22조1항의7라목(건강진단결과 발견된 질병자의 요양지도 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	검진의사 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?

구 분	진 단		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
우울증	예	아니요	예	아니요
조기정신증	예	아니요	예	아니요
C형간염	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)을 피우십니까?

① 현재 피움	총 년	하루 평균 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 등)를 사용한 적이 있습니까?

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

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

① 현재 피움	총 년	하루 평균 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	담배사용했을 때 하루 평균 개비	끊은지 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

SCH 순천향대학교 부천병원

등록번호:

구강검진 문진표

성 명		전화번호	자 택	
주민등록번호	-		핸드폰	

▣ 14번 문항까지 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

※ (치과)병력과 증상

1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?
   ① 예 ② 아니요

2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?
   ① 예 ② 아니요

3. 현재 심혈관건강질문제를 겪고 계십니까? (예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등)
   ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다

4. 최근 3개월 동안, 치아가 쑤시거나 욱신거리거나 아픈 적이 있습니까?
   ① 예 ② 아니요

5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?
   ① 예 ② 아니요

※ 구강건강 삶의 질과 인식

6. 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
   ① 예 ② 아니요

7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤편이라고 생각하십니까?
   ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤매우나쁨

※ 흡연

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

※ 구강위생관리

9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦으셨습니까? 하루에 ( )회

10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하셨습니까?
    ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③가끔 했다(1~3회) ④전혀 하지 않았다(0회)

11. 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 치간칠솔이 무엇인지 모른다.

※ 불소이용

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

※ 식습관

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
    ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상

14. 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

성 명		주민등록번호	
검진일	20 년 월 일	검진장소	□ 내원 □ 출장

문진표 평가

(치과)병력문제	□ 없음 □ 있음	구강건강 습관문제	구강위생	□ 없음 □ 있음
			불소이용	□ 없음 □ 있음
구강건강인식도 문제	□ 없음 □ 없음		설탕섭취	□ 없음 □ 있음
			흡 연	□ 없음 □ 있음

구강검사 결과

구분	관련질환	검사항목	검사결과
치아 검사	치아우식증 (충치)	우식치아	□ 없음 □ 있음
		인접면 우식 의심치아	□ 없음 □ 있음
		수복치아	□ 없음 □ 있음
		상실치아	□ 없음 □ 있음
치주 조직 검사	치주질환 (잇몸병)	치은염증	□ 없음 □ 경증 □ 중증
		치석	□ 없음 □ 경증 □ 중증
기타부위검사소견			

결과 참고사항

※ 영구치우식 유병율(2010년/%)

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

(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 때운 치아
④ 상실치아: 충치로 인해 빠져 새로 해넣어야 하는 치아
⑤ 치은염증: 잇몸에 염증이 있는 정도
⑥ 치석: 치석제거가 필요한 정도

아래의 검사는 만 40세만 해당됩니다.

구분	관련질환	검사항목	판정
치면 세균막 검사	치아우식증(충치) 치주질환(잇몸병)	상아우측 제1대구치(16번) 세균막 ( ) 점 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**	■ 양호 (1점 미만) ■ 보통 (1~3점 미만) ■ 불량 (3점 이상) ※ 평균점수 = 각 치면의 점수 합/평가치이수

종합판정 및 조치사항

종합판정	□ 양호	□ 주의 □ 질환의심	□ 치료필요
조치사항	필요 구강보건교육	사후관리 권고	추가 조치사항
	□ 설탕섭취(영양) □ 구강위생 □ 불소이용	□ 정밀구강검진(방사선검사 등) □ 전문가 구강위생관리 및 치주관리(스케일링 등) □ 치아우식 치료 필요 □ 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.

SCH 순천향대학교 부천병원

이메일 신청을 하시면 우편발송 소요시간이 없어 결과를 빠르게 받아보실 수 있습니다.

뒷면 필수 작성 ⇨

날짜 등록번호

암검진 문진표

(굵은 선 안 기재)

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

수검자 성명		주민등록번호		전화번호	자택	
					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 상태**에 해당하는 답에 **'○'표시**해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까? ① 예(증상:_____) ② 아니오
2. **최근 6개월 간** 특별한 이유 없이 **5Kg 이상의 체중감소**가 있었습니까?
   ① 아니오 ② 체중감소 (Kg)
3. **본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중**에 **현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분**이 계십니까?

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

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

검 사 명		검사 시기			
		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)				
	대장이중조영검사 (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 과거**에 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 과거**에 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 시작하셨습니까 ?

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 있습니까 ?

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 출산하셨습니까 ?

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

① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까 ?

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

유방촬영 설문지

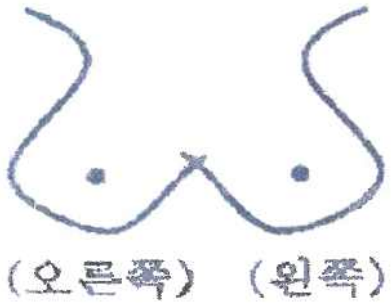
날 짜 : 2025년 월 일 성 명 : **연락처** (핸드폰 또는 자택전화) :

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

1. 현재 유방관련 증상이 있습니까 ?

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

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



2. 최근 2~3년 내에 유방검사를 하신 적이 있습니까 ?

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

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

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

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

관 계	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. 서 명 : _____

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