

암검진 문진표

수검자 성명		주민등록 번호	-	전화 번호	주택 핸드폰	
<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자				[건강검진 결과통보 방법] : 마이헬스링크 문자전송 후 주소지 우편 발송		
주소 (도로명)	(우)					

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 답에 'O'표 해주십시오.

암 검진(공통) 관련 문항

1 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

① 예 (증상 : _____) ② 아니오

2 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

① 아니오 ② 체중감소 (_____ kg)

3 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타(_____ 암)							

4 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

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 (위장X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변검사)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부 CT				
간암	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 **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	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	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							

유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성분들만 응답해 주세요.)

9 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 세 ② 초경이 없었음

10 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음 ③ 폐경되었음 (폐경연령 : 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 출산 하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

13 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

14 과거에 유방에 양성 종양으로 진단 받은 적이 있으십니까?

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

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

15 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

건강검진 문진표

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

임신가능성 유무 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무				자택 핸드폰
수검자 본인 성명	(서명)	주민등록 번호	-	전화번호
주소 (도로명)	(우)			[건강검진 결과통보 방법] : 마이헬스링크 문자전송 후 주소지 우편 발송

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

<h3>질한력</h3> <p>1 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? (과거력)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">진단</th> <th colspan="2">약물치료</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>이상지질혈증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>폐결핵</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당질환으로 사망한 경우가 있으십니까? (가족력)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>예</th> <th>아니요</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>3 B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모름</p> <h3>흡연 및 전자담배</h3> <p>4 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니요 (→ 5번 문항으로 가세요) ② 예 (→ 4-1번 문항으로 가세요)</p> <p>4-1 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?</p> <table border="1"> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총</td> <td>년</td> <td>하루평균</td> <td>개비</td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총</td> <td>년</td> <td>흡연했을 때 하루평균</td> <td>개비</td> <td>끊은지</td> <td>년</td> </tr> </table> <p>5 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예:아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적 있습니까? ① 아니요 (→ 6번 문항으로 가세요) ② 예 (→ 5-1번 문항으로 가세요)</p> <p>5-1 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?</p> <table border="1"> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총</td> <td>년</td> <td>하루평균</td> <td>개비</td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총</td> <td>년</td> <td>흡연했을 때 하루평균</td> <td>개비</td> <td>끊은지</td> <td>년</td> </tr> </table> <p>6 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니요 ② 예 (→ 6-1번 문항으로 가세요)</p> <p>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</p>		진단		약물치료		뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요		예	아니요	뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	심근경색/협심증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	기타(암포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 현재 피움	총	년	하루평균	개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총	년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지	년	① 현재 피움	총	년	하루평균	개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총	년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지	년	<h3>음주</h3> <p>※ 지난 1년간</p> <p>7 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답) ① 일주일에 _____ 번 ② 한 달에 _____ 번 ③ 1년에 _____ 번 ④ 술을 마시지 않는다</p> <p>7-1 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? *잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술종류는 비슷한 술종류에 표기)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>cc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>소주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>맥주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>양주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>막걸리</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>와인</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>7-2 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까? *잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술종류는 비슷한 술종류에 표기) *특음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>cc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>소주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>맥주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>양주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>막걸리</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>와인</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <h3>신체활동 (운동)</h3> <p>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</p> <p>8-2 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 _____ 시간 _____ 분</p> <p>9-1 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 _____ 일 * 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오. * 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등</p> <p>9-2 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 _____ 시간 _____ 분</p> <p>10 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 _____ 일</p>	술 종류	잔	병	캔	cc	소주					맥주					양주					막걸리					와인					술 종류	잔	병	캔	cc	소주					맥주					양주					막걸리					와인				
	진단		약물치료																																																																																																																																												
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																																											
	예	아니요																																																																																																																																													
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																													
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																													
고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																													
당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																													
기타(암포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																													
① 현재 피움	총	년	하루평균	개비																																																																																																																																											
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총	년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지	년																																																																																																																																									
① 현재 피움	총	년	하루평균	개비																																																																																																																																											
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총	년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지	년																																																																																																																																									
술 종류	잔	병	캔	cc																																																																																																																																											
소주																																																																																																																																															
맥주																																																																																																																																															
양주																																																																																																																																															
막걸리																																																																																																																																															
와인																																																																																																																																															
술 종류	잔	병	캔	cc																																																																																																																																											
소주																																																																																																																																															
맥주																																																																																																																																															
양주																																																																																																																																															
막걸리																																																																																																																																															
와인																																																																																																																																															

건강검진 추가문진표

※추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시요.

수검자성명	주민등록번호	-
-------	--------	---

노인기능평가 관련 문항 [66세 · 70세 · 80세 해당]

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 O 표시를 해주시요.

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 갔다올 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