

일반건강검진 문진표

빨간색 테두리만 작성하세요

| | | | | | |
|-------|--------------------------------------|--------|---|-----|--|
| 성명 | | 주민등록번호 | - | 핸드폰 | |
| 주소 | 사업장명 | | | | |
| 결과통보서 | <input type="checkbox"/> 우편 | | | | |
| 수령방법 | <input type="checkbox"/> E-mail. [] | | | | |

| 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) | <input type="checkbox"/> 흉부촬영(폐결핵, 흉부질환) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심 | 골다공증 <input type="checkbox"/> 비활동성 폐결핵 <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 | (1)뇌졸증 | (2)심장병 | (3)고혈압 | (4)당뇨병 | (5)이상지질혈증 | (6)폐결핵 | (7)기타[] |
|--------|-------|-------|--------|-------|--------|-------------|--------|--------|-----------|--------|----------|
| | | 약물치료 | 1. 무 | 2. 유 | (1)뇌졸증 | (2)심장병 | (3)고혈압 | (4)당뇨병 | (5)이상지질혈증 | (6)폐결핵 | (7)기타[] |
| | 생활습관 | 1. 양호 | 2.개선필요 | (1)흡연 | (2)음주 | (3)신체활동[운동] | (4)체중 | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

* 산업안전보건법 제43조1항의6라목(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 | |
|-----|----------|--------------|--|-----|--|

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 | |
|----------|-----|-----|------|-----|
| 뇌졸증(중풍) | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 심근경색/협심증 | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 고혈압 | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 당뇨병 | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 고지혈증 | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 폐결핵 | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 기타(임포함) | 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |

- ※ 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?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

- #### 7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니다?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

| 술 종류 | 잔 |
|------|---|
|------|---|

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

- 주제

※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장 노동 계단으로 물건 나르기 등

- 8-2. 평소 하루에 술이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하신니까?

- ## ■ 학률에 시간 부

- ### 9-1. 평소 1주일간, 술이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 허시니까?

- 주당

* 8번 응답에 관련된 신체활동을 제외하고 단계주시기요

* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

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

- 하루에 시각 블

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 하 난은 며칠이니? 1끼?

- 즈다

- #### 6. 애산형 전자단배록 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (26-1번 문학으로 가세요)

- ၁၀

- ### 6-1 최근 한 달 동안 애니메이션 디자인에 사용한 기법이 있다면?

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

인지기능장애 평가도구 (만66세 이상, 2년/1회)

★ 동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성해 주시기 바랍니다.

| 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오. | 아니다 (0점) | 가끔(조금) 그렇다 (1점) | 자주(많이) 그렇다 (2점) |
|--|-------------|--------------------|--------------------|
| 1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다 | | | |
| 2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다 | | | |
| 3. 같은 질문을 반복해서 한다 | | | |
| 4. 약속을 하고서 잊어버린다 | | | |
| 5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다 | | | |
| 6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다 | | | |
| 7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다 | | | |
| 8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다 | | | |
| 9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다. (예 : 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다) | | | |
| 10. 예전에 비해 성격이 변했다 | | | |
| 11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다. (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등) | | | |
| 12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다 | | | |
| 13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다 | | | |
| 14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다. (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨) | | | |
| 15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다 | | | |
| 점 수 | / 30 | | |

Korean Dementia Screening Questionnaire - C

노인 신체기능 평가 문진표 (만66세, 70세, 80세 해당)

| 문 항 | 예 | 아니오 |
|---|---|-----|
| 1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? | | |
| 2. 폐렴 예방접종을 받으셨습니까? | | |
| 3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오. | | |
| 1) 음식을 차려주면 남의 도움없이 혼자서 식사하십니까? | | |
| 2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까? | | |
| 3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까? | | |
| 4) 목욕하실 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까? | | |
| 5) 식사 준비를 다른 사람의 도움없이 혼자서 하십니까? | | |
| 6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움없이 혼자서 하십니까? | | |
| 4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까? | | |
| 5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까? | | |

검진일자 : 20 년 월 일

요양기관번호 : 31100767

검진기관명 : 순천향대학교부속부천병원

구강검진 문진표

| | | | |
|-----|--------|------|---|
| 성 명 | 주민등록번호 | 전화번호 | 자 택 |
| | - | | 핸드폰 |
| 주 소 | | | E-mail : 결과통보서 수령방법 |
| | | | <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail |

* (치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항

1. 최근 1년간 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 가신적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다

3. 현재 심혈관질환을 앓고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다

4. 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 를니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

5. 최근 3개월 동안, 치아가 쑤시거나 육신거리거나 아픈 적 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

6. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤편이라고 생각하십니까?

- ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

* 구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용, 춤연)관련 문항

8. 치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

9. 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까? ()회

10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까?

- ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)

11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?

- ① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다.

12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?

- ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번 ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다.

14. 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?

- ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번 ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다.

15. 담배를 피우십니까?

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

* 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

공단 신고용 암검진 문진표(굵은 선 안 기재)

뒷면 필수작성⇒

| | | | |
|--|--------|--------------------|---|
| 수검자성명 | 주민등록번호 | 전화번호 | 택 핸드폰 |
| <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자 | | 건강검진 결과통보서 수령방법 | <input checked="" type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail (현재 우편발송만 가능) |
| 주소 | 우편번호 | | |

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

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

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 | | | | | | | |
| 기타 (_____ 암) | | | | | | | |
| 폐암 | | | | | | | |

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? (미체크시 한 적 없음으로 간주)

| 검사 명 | 10년 이상 또는 한적 없음 | 검사 시기 | | |
|-------|--|-------|----------------|--------------------------------|
| | | 1년 미만 | 1년이상~ 2년 미만 | 2년이상~ 10년 미만 |
| 위암 | 위장조영검사(위장 X선 촬영) 위내시경 | | | |
| 유방암 | 유방촬영 | | | |
| 대장암 | 분변潜혈검사(대변 검사) 대장이중조영검사(대장 X선 촬영) 대장내시경 | | | |
| 자궁경부암 | 자궁경부세포검사 | | | |
| 폐암 | 흉부CT | | | |
| 간암 | 간초음파 | 한적 없음 | 6개월 이내 | 6개월에서 1년 사이 1년보다 오래전에 |

| | | | |
|--------------|-------------------|------|--------|
| 암검진 구분 | 증상(의사가 작성하는 칸입니다) | 면허번호 | 문진상담의사 |
| 대장암/ 유방암/ 폐암 | | | |

[파침없이 기재요망, 공단 필수 신고 문진입니다]

* 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항(미기재시 없음으로 공단에 등록됩니다)

* 해당되는 곳에 'O'표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

| 질환명 | 위궤양 | 위축성 위염 | 장상피화생 | 위용종 | 기타 | 없음 |
|------|-----|--------|-------|-----|----|----|
| 질환유무 | | | | | | |

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

| 질환명 | 대장용종(플립) 케양성 대장염 | 크론병 | 치질(치핵, 치열) | 기타 | 없음 |
|------|------------------|-----|------------|----|----|
| 질환유무 | | | | | |

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

| 질환명 | B형간염바이러스 스보유자 | 만성 B형간염 | 만성 C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 |
|------|------------------|---------|---------|-----|----|----|
| 질환유무 | | | | | | |

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

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

[여성만 작성 : 암검진 종류에 관계없이 여성은 반드시 작성요망]

8. 월경을 언제 시작하셨습니까?

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

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

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

10. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 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 2명이상 ③ 출산한 적 없음(12번문항 응답 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, 냉여리 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