

건강검진 결과 기록지(일반 · 급여성애)

위암	대장암	유방암	자궁경부암	간암	구강	기타

등록번호 :

성명	주민등록번호	-	전화번호	휴대전화	
주소					
직장가입자 사업장명					
문진 의사			판정 의사		
진찰	과거병력		약물치료		
	생활습관		<input type="checkbox"/> 금연 필요 <input type="checkbox"/> 절주 필요 <input type="checkbox"/> 신체활동 필요 <input type="checkbox"/> 근력운동 필요		
신체계측검사	신장	cm	시력 (좌/우)	<input type="checkbox"/> 교정 /	
	몸무게	kg	청력 (좌/우)	<input type="checkbox"/> 교정 ① 정상 ② / db	
	허리둘레	cm	혈압(최고/최저)	/ mmHg	
노인신체기능검사	낙상	하지기능 (일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)	초	평형성	초
		보행장애 (유 / 무 / 검사불가)			
혈액 및 요검사	<input type="checkbox"/> 빈혈 등(혈색소) <input type="checkbox"/> 당뇨병(공복혈당) <input type="checkbox"/> 간장질환(AST, ALT, r-GTP) <input type="checkbox"/> 신장질환(혈청크레아티닌, 신사구체여과율) <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(총콜레스테롤, 고밀도 콜레스테롤, 저밀도 콜레스테롤, 중성지방) <input type="checkbox"/> 요단백 (단, 이상지질혈증검사 : 남성 - 만24세 이상, 여성 - 만40세 이상 4년 주기)				
흉부 방사선 검사	① 정상 ② 사진불량 ③ 비활동성 ④ 폐결핵경증 ⑤ 폐결핵중등증 ⑥ 폐결핵중증 ⑦ 폐결핵의증 ⑧ 비결핵성질환 ⑨ 순환기계질환 ⑩ 진단미정 ⑪ 미촬영 ⑫ 유질환자				
일반질환 의심	① 폐결핵 ② 기타흉부질환 ③ 이상지질혈증 ④ 간장질환 ⑤ 신장질환 ⑥ 빈혈증 ⑦ 골다공증의심 ⑧ 기타질환 ()				
B형 간염 (만40세)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당			
우울증(만40 · 50 · 60 · 70세)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당		<input type="checkbox"/> 우울증상이 없음 (0-4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (5-9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증 의심 (10-19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증 의심 (20-27점)	
생활습관 평가도구(만40 · 50 · 60 · 70세)		<input type="checkbox"/> 운동 <input type="checkbox"/> 영양 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 흡연 <input type="checkbox"/> 음주			
인지기능장애(만66세 이상 2년주기)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당		<input type="checkbox"/> 특이조건 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능 저하 의심 (6점 이상)	
골밀도검사(만54 · 66세 여성)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당			
노인신체기능검사(만66 · 70 · 80세)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하	
노인기능평가(만66 · 70 · 80세)		<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당		낙상	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 낙상 고위험자
				일상생활 수행능력	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요
				예방접종	<input type="checkbox"/> 인플루엔자 접종 필요 <input type="checkbox"/> 폐렴구균 접종 필요 <input type="checkbox"/> 접종 필요 없음
				배뇨장애	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 배뇨장애 의심

건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.
 ※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

질환력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)
 ② 예, 지금은 끊었음 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)
 ③ 예, 현재도 흡연 중 (☞ 4-2번 문항으로 가세요)

4-1. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총 ___년
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	___개비

4-2. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 ___년
평균 하루 몇 개비를 피우십니까?	___개비

5. 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)
 ② 아니오

5-1. 최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

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

음주 (기준 : 지난 1년간)

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
 ③ 1년에 ()번
 ④ 술을 마시지 않는다.

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동 (운동)

7-1. 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

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

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

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일