

건강검진 문진표

☐ 인지 ☐ 정신 ☐ 조기정신 ☐ 생활 ☐ 노인
※ 빨간색 테두리 안의 내용을 모두 작성해 주시기 바랍니다.

| | | | | | |
|------|----|-----|-----|-----|------------------|
| ID | | NO | | | (본인부담없음/ 10%) |
| 1차검진 | 위암 | 대장암 | 유방암 | 자궁암 | 간암 |
| | | | | | |

| | | | |
|-------|--------|--|---------------------------------|
| 수검자성명 | 주민등록번호 | | 결과통보서 수령방법 (택1) |
| 주 소 | | | <input type="checkbox"/> 모바일 |
| 전화번호 | E-mail | | <input type="checkbox"/> E-mail |
| | | | <input type="checkbox"/> 우편 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 진찰 및 상담 (의사기록함) | 진단 여부 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 이상 지질혈증 | <input type="checkbox"/> 폐결핵 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 조기 정신증 | <input type="checkbox"/> C형간염 | <input type="checkbox"/> 만성폐쇄성 폐질환 | <input type="checkbox"/> 기타 (암포함) |
| | 약물치료 여부 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 이상 지질혈증 | <input type="checkbox"/> 폐결핵 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 조기 정신증 | <input type="checkbox"/> C형간염 | <input type="checkbox"/> 만성폐쇄성 폐질환 | <input type="checkbox"/> 기타 (암포함) |
| | 가족력 | <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 (암포함) | <input type="checkbox"/> B형간염 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 모름 | | |
| | 생활 습관 | <input type="checkbox"/> 금연필요 | | | <input type="checkbox"/> 절주필요 | | | <input type="checkbox"/> 신체활동 필요 | | | <input type="checkbox"/> 근력운동 필요 | | |

※문진 문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

| <div>질환력(과거력, 가족력)</div> <div>1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중 이십니까? ✓ 표시해 주십시오.</div> <table><tr><th>질병명</th><th colspan="2">진단</th><th colspan="2">약물치료</th></tr><tr><td>뇌졸중(중풍)</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>심근경색/협심증</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>고혈압</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>당뇨병</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>이상지질혈증</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>폐결핵</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>우울증</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>조기정신증</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>C 형간염</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>만성폐쇄성폐질환</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr><tr><td>기타(암포함)</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td><td><input type="checkbox"/> 예</td><td><input type="checkbox"/> 아니오</td></tr></table> <div>2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까? ✓ 표시해 주십시오.</div> <table><tr><th>질환명</th><th>뇌졸중 (중풍)</th><th>심근경색/ 협심증</th><th>고혈압</th><th>당뇨병</th><th>기타 (암포함)</th></tr><tr><td>예</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>아니요</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>3. B 형 간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모름</div> | 질병명 | 진단 | | 약물치료 | | 뇌졸중(중풍) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 심근경색/협심증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 고혈압 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 이상지질혈증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 폐결핵 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 우울증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 조기정신증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | C 형간염 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 만성폐쇄성폐질환 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 기타(암포함) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | 질환명 | 뇌졸중 (중풍) | 심근경색/ 협심증 | 고혈압 | 당뇨병 | 기타 (암포함) | 예 | | | | | | 아니요 | | | | | | <div>흡연 및 전자담배</div> <div>4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(굴련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)</div> <div>4-1. 현재 일반담배(굴련)을 피우십니까?</div> <table><tr><td>①현재 피움</td><td>총 _____년</td><td>하루평균 _____개비</td><td></td></tr><tr><td>②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td><td>총 _____년</td><td>흡연했을 때 하루 평균_____개비</td><td>끊은지 _____년</td></tr></table> <div>5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴) 등을 사용한 적 있습니까? ① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)</div> <div>5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?</div> <table><tr><td>①현재 피움</td><td>총 _____년</td><td>하루평균 _____개비</td><td></td></tr><tr><td>②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td><td>총 _____년</td><td>흡연했을 때 하루 평균_____개비</td><td>끊은지 _____년</td></tr></table> <div>6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니요 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)</div> <div>6-1. 최근 한달동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니요 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일</div> | ①현재 피움 | 총 _____년 | 하루평균 _____개비 | | ②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 총 _____년 | 흡연했을 때 하루 평균_____개비 | 끊은지 _____년 | ①현재 피움 | 총 _____년 | 하루평균 _____개비 | | ②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 총 _____년 | 흡연했을 때 하루 평균_____개비 | 끊은지 _____년 |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------|---------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|-------------|--------------|-----|-----|-------------|---|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|---|--------|----------|--------------|--|-------------------------|----------|------------------------|---------------|--------|----------|--------------|--|-------------------------|----------|------------------------|---------------|
| 질병명 | 진단 | | 약물치료 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 뇌졸중(중풍) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 심근경색/협심증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 고혈압 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 이상지질혈증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 폐결핵 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 우울증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 조기정신증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C 형간염 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 만성폐쇄성폐질환 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기타(암포함) | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질환명 | 뇌졸중 (중풍) | 심근경색/ 협심증 | 고혈압 | 당뇨병 | 기타 (암포함) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 예 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 아니요 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①현재 피움 | 총 _____년 | 하루평균 _____개비 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 총 _____년 | 흡연했을 때 하루 평균_____개비 | 끊은지 _____년 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①현재 피움 | 총 _____년 | 하루평균 _____개비 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 총 _____년 | 흡연했을 때 하루 평균_____개비 | 끊은지 _____년 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

음주 (※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?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성해 주십시오.

(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

| 술 종류 | 잔 | 병 | 캔 | cc |
|------|---|---|---|----|
| 소주 | | | | |
| 맥주 | | | | |
| 양주 | | | | |
| 막걸리 | | | | |
| 와인 | | | | |

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

| 술 종류 | 잔 | 병 | 캔 | cc |
|------|---|---|---|----|
| 소주 | | | | |
| 맥주 | | | | |
| 양주 | | | | |
| 막걸리 | | | | |
| 와인 | | | | |

신체활동(운동)

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

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, 복식테니스, 보통속도로 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 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일

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 ✓를 해주십시오.

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 갔다 올 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

직원 기록 항목

노인신체 기능검사 - 장애유무 □유 □무

① 하지기능 (일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)

정상A : 10 이내/정상B : 11~19초

② 평형성

눈감은 상태

눈 뜬 상태

정상A : 15초 이상
정상B : 6~14초정상A : 20초 이상
정상B : 10~19초

암검진 문진표

※ 빨간색 테두리 안의 내용을 모두 작성해 주시기 바랍니다.

| | | | | | | |
|------|----|-----|-----|-----|----|------------------|
| ID | | | NO | | | (본인부담없음/ 10%) |
| 1차검진 | 위암 | 대장암 | 유방암 | 자궁암 | 간암 | |
| | | | | | | |

| | | | |
|-------|--------|--|---------------------------------|
| 수검자성명 | 주민등록번호 | | 결과통보서 수령방법 (택1) |
| 주 소 | | | <input type="checkbox"/> 모바일 |
| 전화번호 | E-mail | | <input type="checkbox"/> E-mail |
| | | | <input type="checkbox"/> 우편 |

※정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 환수됩니다.

| 암 검진(공통) 관련 문항 | | | | | | | | 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|---------------|-------------|------------|----|----|---|----|---------|---------------|--|--|-----------------|-------|-----------|--------------|---------|-------------------|-------------|-----|----|---------|------|--|--|--|--|-------|------|--|--|--|--|-----|------------------|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--------|----------|--|--|--|--|----|-------|--|--|--|--|-----|------|-------|--------|-------------|-----------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--------------------------|-----|-----|---------|-----|----|----|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까? ① 예(증상: _____) ② 아니요 | | | | | | | | 5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까? <table><tr><td>질 환 명</td><td>위궤양</td><td>위축성 위염</td><td>장상피화생</td><td>위용종</td><td>기타</td><td>없음</td></tr><tr><td>질 환 유 무</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 질 환 명 | 위궤양 | 위축성 위염 | 장상피화생 | 위용종 | 기타 | 없음 | 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 명 | 위궤양 | 위축성 위염 | 장상피화생 | 위용종 | 기타 | 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까? ① 아니요 ② 체중감소 (_____ kg) | | | | | | | | 6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까? <table><tr><td>질 환 명</td><td>대장용종</td><td>궤양성 대장염</td><td>크론병</td><td>치질 (치핵, 치열)</td><td>기타</td><td>없음</td></tr><tr><td>질 환 유 무</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 질 환 명 | 대장용종 | 궤양성 대장염 | 크론병 | 치질 (치핵, 치열) | 기타 | 없음 | 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 명 | 대장용종 | 궤양성 대장염 | 크론병 | 치질 (치핵, 치열) | 기타 | 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까? | | | | | | | | 7. 간(肝)질환이 있으십니까? <table><tr><td>질 환 명</td><td>B형간염바이러스 보유자</td><td>만성 B형간염</td><td>만성 C형간염</td><td>간경변</td><td>기타</td><td>없음</td></tr><tr><td>질 환 유 무</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 질 환 명 | B형간염바이러스 보유자 | 만성 B형간염 | 만성 C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 | 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 명 | B형간염바이러스 보유자 | 만성 B형간염 | 만성 C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th rowspan="2">암의 종류</th><th rowspan="2">없다</th><th rowspan="2">모르겠다</th><th colspan="5">있 다 (복수선택 가능)</th></tr><tr><th>본인</th><th>부모</th><th>형제</th><th>자매</th><th>자녀</th></tr><tr><td>위 암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>유 방 암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>대 장 암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>간 암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>자궁경부암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>폐 암</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>기타(암)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 암의 종류 | 없다 | 모르겠다 | 있 다 (복수선택 가능) | | | | | 본인 | 부모 | 형제 | 자매 | 자녀 | 위 암 | | | | | | | | 유 방 암 | | | | | | | | 대 장 암 | | | | | | | | 간 암 | | | | | | | | 자궁경부암 | | | | | | | | 폐 암 | | | | | | | | 기타(암) | | | | | | | | 8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까? <table><tr><td>질 환 명</td><td>만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)</td><td>폐결핵</td><td>폐결절</td><td>간질성 폐질환</td><td>진폐증</td><td>기타</td><td>없음</td></tr><tr><td>질 환 유 무</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 질 환 명 | 만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등) | 폐결핵 | 폐결절 | 간질성 폐질환 | 진폐증 | 기타 | 없음 | 질 환 유 무 | | | | | | | |
| 암의 종류 | 없다 | 모르겠다 | 있 다 (복수선택 가능) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 본인 | 부모 | 형제 | 자매 | 자녀 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 위 암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 유 방 암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 대 장 암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 간 암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 자궁경부암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 폐 암 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기타(암) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 명 | 만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등) | 폐결핵 | 폐결절 | 간질성 폐질환 | 진폐증 | 기타 | 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 질 환 유 무 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? | | | | | | | | 유방암 및 자궁경부암 관련 문항 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th colspan="2" rowspan="2">검 사 명</th><th colspan="4">검 사 시 기</th></tr><tr><th>10년 이상 또는 한적 없음</th><th>1년 미만</th><th>1년이상~2년미만</th><th>2년이상~10년미만</th></tr><tr><td rowspan="2">위 암</td><td>위장조영검사 (위장 X선 촬영)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>위내시경</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>유방암</td><td>유방촬영</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">대장암</td><td>분변잠혈반응검사 (대변 검사)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>대장내시경</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>자궁 경부암</td><td>자궁경부세포검사</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>폐암</td><td>흉부CT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">간 암</td><td rowspan="2">간초음파</td><td>한적 없음</td><td>6개월 이내</td><td>6개월에서 1년 사이</td><td>1년보다 오래전에</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | 검 사 명 | | 검 사 시 기 | | | | 10년 이상 또는 한적 없음 | 1년 미만 | 1년이상~2년미만 | 2년이상~10년미만 | 위 암 | 위장조영검사 (위장 X선 촬영) | | | | | 위내시경 | | | | | 유방암 | 유방촬영 | | | | | 대장암 | 분변잠혈반응검사 (대변 검사) | | | | | 대장내시경 | | | | | 자궁 경부암 | 자궁경부세포검사 | | | | | 폐암 | 흉부CT | | | | | 간 암 | 간초음파 | 한적 없음 | 6개월 이내 | 6개월에서 1년 사이 | 1년보다 오래전에 | | | | | 9. 월경을 언제 시작하셨습니다? ① 만 _____ 세 ② 초경이 없었음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 검 사 명 | | 검 사 시 기 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 10년 이상 또는 한적 없음 | 1년 미만 | 1년이상~2년미만 | 2년이상~10년미만 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 위 암 | 위장조영검사 (위장 X선 촬영) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 위내시경 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 유방암 | 유방촬영 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 대장암 | 분변잠혈반응검사 (대변 검사) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 대장내시경 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 자궁 경부암 | 자궁경부세포검사 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 폐암 | 흉부CT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 간 암 | 간초음파 | 한적 없음 | 6개월 이내 | 6개월에서 1년 사이 | 1년보다 오래전에 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까? ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음 ③ 폐경(폐경 연령:만 _____ 세) ④ 병력으로 월경하지 않음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 11. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다? ① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은? ① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까? (양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.) ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까? ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용 ③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |