

세계로병원 종합건강검진 문진표

문진표는 건강검진시 담당의사가 귀하의 건강요인을 알아보고 검진결과를 평가하는데 소중한 자료로 활용 되오니 정확하게 답해 주시기 바랍니다

본인 가족 직원(단체) 검진일 : 년 월 일

국민건강보험 공단건강검진 대상인 경우
건강보험공단검진 동시 진행에 동의하십니까?

동의 미동의

성명	주민등록번호	
----	--------	--

주소	
----	--

※ 다음 항목을 보시고 해당사항에 에 표시 해주시기 바랍니다

- 1. 건강검진을 하는 이유는 무엇입니까?(간단히 서술해주세요)

- 2. 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 심장병, 각종 암, 뇌졸중 , 간염, 결핵 등을 진단받은 적이 있습니까?
 예(질환명: _____) 아니오

- 3. 수술을 한적이 있습니까?
 예 (수술명: _____ 수술시기 : _____) 아니오

- 4. 평소(현재) 복용하는 약이 있습니까?(혈압, 당뇨, 고지혈증등)
 예 (약물명: _____) 아니오

- 5. 약물 부작용이 있습니까?(항생제, 조영제, 소염진통제, 주사제등)
 예 (약물명: _____) 아니오

- 6. 부모, 형제, 자매 중에 암, 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 뇌졸중, 간염 등이 있습니까?
 예 (질환명: _____) 아니오

- 7. 현재 복용중인 한약이나 건강식품이 있으시면 아래에 기입해주세요



신체증상 항목

※다음의 증상이 있으시면 항목을 보시고 모두 기입해주세요

전신증상	<input type="checkbox"/> 최근 1년간 체중이 늘었다/줄었다 ()kg <input type="checkbox"/> 피로, 권태, 무기력을 느낀다 <input type="checkbox"/> 몸이 붓는다 <input type="checkbox"/> 머리가 잘 든다 <input type="checkbox"/> 우울감, 불안감이 있다 <input type="checkbox"/> 불면증, 수면장애가 있다 <input type="checkbox"/> 열감, 오한, 발열이 있다
소화기계	<input type="checkbox"/> 소화가 잘 되지 않고 속이 더부룩하다 <input type="checkbox"/> 신물이 넘어오거나 가슴쓰림 증상이 있다 <input type="checkbox"/> 공복시 속이 쓰리고 아프다. <input type="checkbox"/> 음식을 삼킬 때 목이 아프거나 잘 내려가지 않는다 <input type="checkbox"/> 설사/변비가 있다 <input type="checkbox"/> 변이 검게 나올 때가 있다 <input type="checkbox"/> 대변에 피가 섞여 나온다 <input type="checkbox"/> 복통이 있다
순환기 호흡기	<input type="checkbox"/> 조금만 움직여도 숨이 찬다 <input type="checkbox"/> 심장이 갑자기 빨리 뛰거나, 두근거리거나, 심박동이 불규칙함을 느낄 때가 있다 <input type="checkbox"/> 가슴이 답답하고 통증이 있다 <input type="checkbox"/> 기침, 가래가 있다 <input type="checkbox"/> 숨쉴 때 쌉쌉 소리가 난다
내분비	<input type="checkbox"/> 갈증이 나고 물을 많이 마신다 <input type="checkbox"/> 심한 피로감이 있다 <input type="checkbox"/> 몸이 붓는 느낌이 든다 <input type="checkbox"/> 더위나 추위를 견디기 힘들다 <input type="checkbox"/> 목 앞에 혹이 만져진다.
신장 비뇨기계	<input type="checkbox"/> 자고 나면 얼굴이나 몸이 붓는다 <input type="checkbox"/> 거품뇨, 혈뇨가 있다 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란, 빈뇨, 배뇨통, 잔뇨감 등의 증상이 있다
신경계	<input type="checkbox"/> 두통이 자주 있다. <input type="checkbox"/> 어지럽다 <input type="checkbox"/> 쓰러진 적이 있다 <input type="checkbox"/> 신체의 일부가 마비가 온 적이 있다
근골격계	<input type="checkbox"/> 통증이 있다. 목 () 어깨 () 허리 () 무릎 () 손목 () 발목 () <input type="checkbox"/> 저린 증상이 있다.
부인과계	마지막월경일 () <input type="checkbox"/> 생리가 불규칙하다 <input type="checkbox"/> 냉이 있고 냄새가 난다 <input type="checkbox"/> 요실금이 있다 <input type="checkbox"/> 부부관계 후 출혈이나 통증이 있다 <input type="checkbox"/> 유방에 만져지는 멍울이 있다

건강검진 공통 문진표

 일반건강검진

 생애전환기 건강진단

수검자 성명	주민등록 번호	전화 번호	자택 핸드폰
<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자		E-mail 주소	
주소			우편번호
			-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

※ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 '○' 표시해 주십시오.

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

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타(암포함)
진단여부							
약물치료여부							

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

질환명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	기타(암포함)
있음					

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름

※ 흡연관련 문항

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

4-1. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

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

4-2. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총 _____년
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	_____개비

4-3. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 _____년
평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	_____개비

※ 음주 관련 문항

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

5-1. 일주일에 평균 며칠이나 술을 마십니까?

- 0일 1일 2일 3일 4일 5일 6일 매일

5-2. 술을 마실 때 보통 하루에 얼마나 마십니까? (잔)

(※ 술 종류에 관계없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단, 캔맥주 1개(355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다)

※ 신체활동(운동) 관련 문항

6. 아래 문항을 읽고 **최근 1주일간 활동 상태**에 해당하는 답에 '√' 표시해 주십시오.

6-1. 최근 1주일간, 평소보다 **숨이 훨씬 더 차게 만드는 격렬한 활동**을, 하루 20분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까? (예: 달리기, 에어로빅, 빠르게 자전거 타기, 등산 등)

0일 1일 2일 3일 4일 5일 6일 매일

6-2. 최근 1주일간, 평소보다 **숨이 조금 더 차게 만드는 중간정도 활동**을, 하루 30분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까? (예 : 빠르게 걷기, 복식 테니스 치기, 옆드려 걸레질하기 등)

※6-1 응답에 관련된 신체활동은 제외

0일 1일 2일 3일 4일 5일 6일 매일

6-3. 최근 1주일간, 한 번에 적어도 **10분 이상씩 걸은 경우**를 합하여, 하루 총 30분 이상 걸은 날은 며칠이었습니까? (예: 가벼운 운동, 출퇴근이나 여가 시간에 걷기 포함)

※ 6-1, 6-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

0일 1일 2일 3일 4일 5일 6일 매일

※ 인지기능관련 문항(만 66세, 70세와 74세 건강검진 대상자만 답하십시오)

(동행한 가족이 있으면 가족이 작성, 없으면 본인이 작성)

7. **1년 전과 비교하여, 현재 상태에** 해당하는 곳에 'O' 표시해 주십시오.

7-1. 자신의 기억력이 친구나 동료들에 비해 못하다고 생각하십니까?

① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

7-2. 자신의 기억력이 1년 전에 비해 더 나빠졌다고 생각하십니까?

① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

7-3. 중요한 일을 하는데 있어서도 기억력이 문제가 되는 경우가 있습니까?

① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

7-4. 자신의 기억력이 떨어진 것을 남들도 알고 있습니까?

① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

7-5. 잘해오던 일상적인 일을 하는데 예전보다 서툴러졌다고 생각하십니까?

① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

※ 기분상태 관련 문항 (만40세 생애전환기 건강진단 대상자만 답하십시오)

8. 최근 **일주일 동안** 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 답변해 주십시오.

최근 일주일간 나는	①극히 드물었다. (일주일간 1일 이하)	②가끔 있었다. (일주일간 2일)	③종종 있었다. (일주일간 3~4일)	④대부분 그랬다 (일주일간 5일 이상)
8-1.평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다.				
8-2.먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다.				
8-3.어느 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다.				
8-4.상당히 우울했다.				

※ 만 66세 수검자의 경우 별지 제2호 서식(만 66세용 생애전환기 건강진단 문진표)도 함께 작성 하세요

암검진 문진표

 일반건강검진

 생애전환기 건강진단

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택	
			핸드폰	
<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자		E-mail 주소		
주소				우편번호
				-

※ 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

※ 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에** 해당하는 답에 '○' 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)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검사 시기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년 미만	2년이상~ 10년 미만
위암	위장조영검사(위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사(대변 검사)				
	대장조영검사(대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
간암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

※ 위암, 대장암, 간암 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(폴립)	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						

※ 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성분들만 응답해주세요.)

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 _____ 세 ② 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

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

10. 폐경 후 폐경의 증상을 완화하기 위해 호르몬 제제를 복용하시거나 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

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

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 있으십니까?

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

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서

* 정보제공에 동의하는 검진종별에 하시기 바랍니다.
[일반건강검진(생애전환기건강진단 포함), 암검진, 영유아건강검진]

본 동의서는

- 일반건강검진 및 생애전환기건강진단 건강검진 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단' 이라 한다)에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스내역을 공단에 제공하는 것과
- 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받으신 분들의 사후관리를 위해 공단에서 국립암센터 및 보건소로 암검진 결과를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

* 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관 : 보건소, 국립암센터, 국민건강보험공단

② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- 공단 → 보건소

· 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료

- 보건소 → 공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

- 공단 → 국립암센터 및 보건소

· 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함

동의하지 않음

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진 정보, 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함

동의하지 않음

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함

동의하지 않음

전체 동의함

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	

검진기관명(기호)

(사)부산의료선교회 세계로병원 (21202711)

건강검진 주의사항 및 세계로병원 약도

건강검진 전날 준비사항

1. 지나친 음주, 흡연, 과로를 피하고 충분한 휴식을 취하십시오.
2. 건강검진 전날 저녁식사는 검진 12시간 전에 간단히 마무리 하시고 가급적 기름진 음식, 우유, 지방류, 라면, 커피, 음료수 등은 피해 주시기 바랍니다.
(자정 이후부터는 물을 포함하여 금식하여 주십시오.)
3. 내시경 (위,대장) 예약자 중 혈압약을 복용하는 환자분 유의사항
 - 혈압약은 검진 3시간 전 또는 기상 즉시 소량의 물 (약삼킬정도)로 복용하십시오.
 - 검진 당일 혈압이 높을 경우 내시경 검사가 불가능할 수 있습니다.
 - 항혈전제 항응고제를 복용중인 분은 반드시 예약시 말씀해 주십시오.
(아스피린, 플라빅스 등)
4. 기타 약을 복용하시는 경우 상담 후 검진을 진행해 주시고, 검진 당일 또는 검진예약 시 처방전을 지참하여 주시기 바랍니다.
5. 최근 치과 치료 중이거나, 흔들리는 치아, 틀니가 있는 분은 미리 직원에게 알려주십시오.
(치아 손상의 우려가 있는 경우 위 내시경 검사가 제한될 수 있습니다.)
6. 건강검진 일정 변경을 원하시는 경우 검진 예정일 5일 전까지는 변경하여 주시기 바랍니다.
7. 임신가능성이 있으신 분은 임신여부를 확인 후 검진 받으십시오.

건강검진 당일 준비사항

1. 당뇨약을 복용중인 고객님의께서는 건강검진 당일 아침 인슐린주사, 당뇨약 복용을 금합니다
2. 하복부(전립선/자궁) 초음파 검사의 경우 검사의 정확도를 높이기 위해 검진 당일 아침 소변을 참고 내원하시기 바랍니다.
3. 수면내시경 검사를 받으시는 고객님의께서는 당일 자가운전이 위험하오니 대중교통을 이용해 주시기 바랍니다.
4. 귀중품 휴대는 자제하여 주시기 바라며, 어린이는 안전을 위하여 가급적 동반을 삼가주시기 바랍니다

세계로병원 찾아 오시는 길

