

의뢰지 및 문진표

※ **굵은 선 안의 내용을 기재하신 후 뒷장의 동의서와 문진표를 작성해 주십시오.**

단체명(소속)		부서명		입사일자		근무부서	사무직 / 비사무직
성명				가족 및 지역 가입자	국민건강보험공단 국가검진 대상자 (꼭 서명해주세요!) <input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 직원의 가족 <input type="checkbox"/> 지역가입자(해당 대상자에 √체크) 국민건강보험공단에서 실시하는 국가검진(암 검진 포함)을 동시에 진행하고 본 검진기관에서 공단 신고를 하는 데 대해 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 (자필 서명) <input type="checkbox"/> 동의하지 않음		
주민등록번호							
전화번호	일반전화 :			여성문항	현재 임신 여부	()에 ()아니오 ()가능성	
	핸드 폰 :				자궁수술 경험	()에 ()아니오	
주소 (결과배송지)				본인은 현재 임신, 수유가능성이 없으며 모든 검사에 동의함 _____ (인)			
결과 수신 방법	() 결과지 배송 () 내원 * '결과지배송' 선택시 회사와의 협의에 따라 개별우편발송 또는 단체배송 됩니다.						

※ 하기 내용은 의료진이 기록합니다.

일반검진		위암		간암		대장암		유방암		자궁암	
비 만	신 장	cm		체 중	kg		혈 압	1차	2차		
	허리둘레	cm		체질량지수	kg/m ²			노인 신체기능	하지기능 :	초	
시각·청각(이상)	시력(나안/교정)	(좌/우) /					노인 신체기능	보행장애 ()유 ()무			
	청력(좌/우)	1.정상 2.질환 의심 / 1.정상 2.질환 의심 (보청기□)				평행성 :		초			
흉부 X-선											

진찰 및 상담	과거 병력	진단	1 무 2 유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 우울증 ⑧ 조기정신증 ⑨ C형간염 ⑩ 기타(암포함)]									
	과거 병력	약물	1 무 2 유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 우울증 ⑧ 조기정신증 ⑨ C형간염 ⑩ 기타(암포함)]									
	생활습관	① 금연 필요 ② 절주 필요 ③ 신체활동 필요 ④ 근력운동 필요										
	가족력	1 무 2 유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 기타(암 포함)]					B형 간염 바이러스 보유		① 예 ② 아니오 ③ 모름			

판정	1 정상 A 2 정상 B ① 비만관리 ② 혈압관리 ③ 이상지질혈증관리 ④ 간기능관리 ⑤ 당뇨관리 ⑥ 신장기능관리 ⑦ 빈혈관리 ⑧ 골다공증관리 ⑨ 비활동성폐결핵 ⑩ 기타질환관리 {(1) 혈색소 과다 (2) 저체중 (3) 시력저하 (4) 기타 ()}	
	3 일반 질환 의심 ① 폐결핵 ② 기타흉부질환 ③ 이상지질혈증 ④ 간장질환 ⑤ 신장질환 ⑥ 빈혈증 ⑦ 골다공증 ⑧ 난청 ⑨ 비만 ⑩ 기타 질환 ()	
	4 고혈압 또는 당뇨병 질환 의심 (확진검사 대상) ① 고혈압 의심 ② 당뇨병 질환 의심	
	5 유질환자(현재 약물치료 중인 자) ① 고혈압 ② 당뇨병 ③ 이상지질혈증 ④ 폐결핵	

종합소견								검진 (문진) 의사	면허(자격) 번호					
의심질환	유질환	생활습관관리		기타			의사		의 사 명	(서명)				
								검진 (판정) 의사	면허(자격) 번호					
								의사	의 사 명	(서명)				
건강검진일	20	년	월	일	판정일	20	년	월	일	결과통보일	20	년	월	일

건강검진 문진표

종합검진 일반건강검진 생애전환기건강진단

* 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

질환력(과거력, 가족력)

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

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

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	우울증	조기정신증	C형간염	기타 (암 포함)
진단여부										
현재 약물치료 여부										

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

뇌졸중(중풍) 심장병(심근경색/협심증) 고혈압 당뇨병 기타(암 포함) 해당없음

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

예 아니오 모름

흡연 및 전자담배

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

아니오 (→ 5번 문항으로 가세요) 예 (→ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운 적 있습니까?

아니오 (→ 6번 문항으로 가세요) 예 (→ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

아니오 예 (→ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

아니오 월 1-2일 월 3-9일 월 10-29일 매일

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?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동**을 며칠 하십니까?

※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등
주당 ()일

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동**을 며칠 하십니까?

※ 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등
주당 ()일

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 **근력운동**을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일

암검진 문진표 / 암검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 ○표시해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

- 예 (증상 : _____) 아니오

2. 지난 6개월간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

- 아니오 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
위 암							
유방암							
대장암							
간 암							
자궁경부암							
갑상선암							
폐 암							
기 타 (_____ 암)							

암검진 문진표 / 암검진(공통) 관련 문항

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명		검사 시기			
		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				
폐 암	흉부 CT				
간 암	간초음파	한 적 없음	6개월 이내	6개월~1년 사이	1년보다 오래전에

위암, 대장암, 간암 관련문항 ※ 해당되는 곳에 ○표시해 주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

- 1 위궤양 2 위축성 위염 3 장상피화생 4 위용종 5 기타 6 없음

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

- 1 대장용종(폴립) 2 궤양성 대장염 3 크론병 4 치질(치핵, 치열) 5 기타 6 없음

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

- 1 B형간염 바이러스 보유자 2 만성 B형간염 3 만성 C형간염 4 간경변 5 기타 6 없음

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

- 1 만성폐쇄성폐질환(만성기관지염, 폐기종 등) 2 폐결핵 3 폐결절 4 간질성 폐질환 5 진폐증
 6 기타 7 없음

유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성들만 응답해주세요)

9. 월경(초경)을 언제 시작하셨습니다까?

- 1 만 _____ 세 2 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

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

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 있거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

- 1 호르몬 제제를 복용한 적 없음 2 2년 미만 복용 3 2년~5년 미만 복용 4 5년 이상 복용 5 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다까? 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 진단받은 적이 있으십니까?

(양성 종양이란 악성 종양인 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

정신건강검사(우울증) 평가도구

※만 20세, 30세, 40세, 50세, 60세, 70세만 작성하세요

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

인지기능장애 평가도구

※만 66세 이상 2년에 1회

Korean Dementia Screening Questionnaire – C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못한다			
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 물어본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건 값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리 정돈을 하지 못한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려 한다			
점 수	/ 30		

귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강관련 정보, 사업안내를 메일이나 우편으로 받아보는 것에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

개인정보 수집 및 활용 동의서

귀하의 소중한 개인정보는 진료 및 다음의 목적으로 사용됩니다. 동의함 동의하지 않음

- 예약관련 제반사항, 준비물품 및 검진결과 발송 및 상담, 건강검진 관련 안내 문자 등 서비스 제공
- 3차 기관 또는 전문병원의 진료예약, 위탁, 교육, 연구 등 사후관리 서비스 제공을 위한 최소한의 분석자료, 검진비용 청구, 환급, 수납 등에 관련된 서비스 제공
- 고지사항 전달 등 원활한 의사소통 경로 확보
- 수집하는 항목은 ‘인적사항(주소, 연락처), 진료사항 및 검진결과’입니다.
- 개인정보의 보유 및 이용기간은 의료법 등 관계법령에 준하며 다만 수집목적이 달성된 경우에도 보존의 필요성이 있는 경우에는 기간이 연장될 수 있습니다.
- 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 진료 외 위의 서비스는 받을 수 없으며 의료서비스 제공이 지연되거나 제한될 수 있음을 알려드립니다.
- 개인정보 제공자가 동의한 내용 외에 다른 목적으로 활용되지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

직장검진의 경우, 회사의 요청 시 회사와의 협약에 따라 다음 각 호의 자료를 제출할 수 있습니다.

- 사업장 보관용 검진결과 동의함 동의하지 않음

[개인정보보호법] 및 [의료법] 등 관련 법규에 의거하여 본인은 아래와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함

20 년 월 일

전체 동의함 신청인 : (서명)

학교법인 춘해병원

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서

※ 정보제공에 동의하는 검진종별에 하시기 바랍니다.

일반건강검진(생애전환기건강진단 포함), 영유아건강검진

본 동의서는 일반건강검진 및 생애전환기건강진단 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자를 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다)에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스 내역을 국민건강보험공단에 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, 국민건강보험공단

② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원

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

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

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

동의함 동의하지 않음

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진정보와 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

20 년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)			요양기관번호	