

일반 건강검진 문진표

예진	위	간	대	유	자	흉부	비고

붉은선 안에만 기재하시고, 표기는 검정색 펜으로 체크 칸()안에 진하고 정확하게 합니다. (예: , ,)

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

성명		주민등록번호	
주소			
전화번호		휴대폰번호	
E-mail		검진일자	
※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			검진자명 : _____ (서명)

※ 아래 계측검사표는 간호사가 작성하는 곳이니 기입하지 마시기 바랍니다.

계측 검사	신장		체중		허리둘레		체질량지수	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg/m ²	
	시력				청력			
	<input type="checkbox"/> 교정 좌 <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 우 <input type="text"/> <input type="text"/>		좌 → <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상		우 → <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상	
	혈압						채혈	
최저 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		최고 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg				<input type="checkbox"/> 유 () <input type="checkbox"/> 무 ()		

■ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

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

질병명	해당없음	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	기타(암포함)
진단여부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물치료여부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

질병명	해당없음	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	기타(암포함)
있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? 예 아니오 모름

■ 흡연 관련 문항

4. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용에 표시해 주십시오.

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

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

→ 다음장에 계속

4-2. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면 금연 전까지 담배를 피우신 기간과 하루 흡연량은?

총 년
십단위 일단위

개비
십단위 일단위

4-3. 현재도 흡연을 하신다면 현재 흡연기간과 하루 흡연량은?

총 년
십단위 일단위

개비
십단위 일단위

음주 관련 문항

5. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

5-1. 1주일에 평균 며칠이나 술을 마십니까?

안 마심 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

5-2. 술을 마실 때 보통 하루에 얼마나 마십니까?

잔
십단위 일단위

(※ 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 상태에 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

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

없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

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

※ 6-1 응답에 관련된 신체활동은 제외

없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

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

※ 6-1, 6-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

만40세 생애전환기 추가 문진표

기분 상태 관련 문항 (만 40세 생애전환기 건강진단 대상자만 답하십시오)

최근 1주일 동안 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

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