

암검진 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)

I 암 검진(공통) 관련 문항

1. 현재 신체 어느 부위에는 불편한 증상이 있습니까?
 아니오
 예 (증상: 허리 다리 머리 등 기타)

2. 지난 6개월 간 특별한 이유없이 5kg 이상의 체중 감소가 있었습니까?
 아니오
 체중감소 (5 6 7 8 9 10 kg)

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다		있다 (복수선택 가능)				
	없다	모르겠다	본인	부모	형제	자매	자녀
위암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 (암)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명	검사 시기				
	10년이상 또는 한적없음	1년미만	1년이상 2년미만	2년이상 10년미만	
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	위내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	유방촬영	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	분변잠혈반응검사 (대변 검사)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장 내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	자궁경부세포검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	간초음파	한적없음	6개월 이내	6개월~1년사이	1년보다 오래전에
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I 위암, 대장암, 간암 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질병명	위궤양	위축성위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 다음장에 계속

6. 현재 또는 과거에 진단받은 **대장 항문질환**이 있으십니까?

질병명	대장용종(폴립)	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵,치열)	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **간(肝)질환**이 있으십니까?

질병명	B형간염 바이러스보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 아래 문항은 여성분들만 응답해주시기 바랍니다.

유방암 및 자궁경부암 관련 문항

8. 월경을 언제 시작하셨습니다? 월경 시작 연령 → 만 세
십단위 일단위

초경 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- 아직 월경이 있음
- 자궁적출술을 하였음
- 폐경 되었음 → 폐경연령 : 세
십단위 일단위

10. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- 1명 2명이상 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간 얼마나 됩니까?

- 6개월 미만 6개월~1년 미만 1년 이상 수유한적 없음

13. 과거에 유방에 **양성** 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?

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

- 예 아니오 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

- 피임약을 복용한 적 없음 1년 미만 복용
- 1년 이상 복용 모르겠음