

검진일 : 월 일

☐ 이 곳만 작성하세요.

□ 일반건강검진 결과기록지

외국인여권번호 :

위 암	
대장암	
유방암	
자궁암	
간암	간초음파/AFP
폐암	CT 10%

성명		주민 번호		연락처	
결과통보 수령주소					
사업장명					
기타	지질, 정신(우울증), 조기정신증, 생활, 인지, 노인, 골밀도/ EKG() 의료생애				

진찰 및 상담	과거병력	진단 1.무 2.유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)	가족력	1.무 2.유
	약물	1.무 2.유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)		①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)
	생활습관	①금연필요 ②절주필요 ③신체활동필요 ④근력운동필요 B형간염 (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름			

계측 검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인기재	몸무게	kg <input type="checkbox"/> 본인기재	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인기재
	혈압(최고/최저)	/ mmHg	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정(좌,우) <input type="checkbox"/> 측정불가	청력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정(좌,우) <input type="checkbox"/> 측정불가
요검사	요단백	1.음성 2.약양성(±) 3.양성(+1) 4.양성(+2) 5.양성(+3) 6.양성(+4)			체질량지수	kg/m

혈액 검사	혈색소	g/dL	AST(SGOT)	U/L	총콜레스테롤	mg/dL
	공복혈당	mg/dL	ALT(SGPT)	U/L	HDL-콜레스테롤	mg/dL
	혈청그레아티닌	mg/dL	감마지티피(γ-GTP)	U/L	중성지방	mg/dL
	신사구체여과율(e-GFR)	mL/min/1.73m ²			LDL-콜레스테롤	mg/dL

홍부방사선검사		1.정상 2.사진불량 3.비활동성(정상) 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환 9.순환기계 질환							
		10.진단미정 11.미촬영() 12.유질환자 13.비활동성 폐결핵							
B형간염 검사	표면항원	정 밀	1.음성 2.양성	검사수치(mIU/mL) 검사기관 기준치(1 mIU/mL)이하					
	표면항체	정 밀	1.음성 2.양성	검사수치(mIU/mL) 검사기관 기준치(10 mIU/mL)이상					
	검사결과		1.항체 있음 2.항체 없음 3.B형간염보유자의심 4.판정보류						
C형간염 검사	항체검사	일 반	1.음성 2.양성	정 밀	검사수치(mIU/mL) 검사기관 기준치(1 mIU/mL)이하				
	검사결과		1.항체 있음(C형간염 의심) 2.항체 없음						
노인신체 기능검사 <input type="checkbox"/> 측정불가	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초 / 보행장애 (①유 ②무)							
	평형성(한 다리로 서기)	눈 감은 상태		초	눈 뜬 상태 초				
골밀도 검사	양방사선(말단)골밀도검사	측정부위		<input type="checkbox"/> 요추 <input type="checkbox"/> 고관절	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하				
	검사결과		T-점수		① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증				
정신건강검사 (우울증, 조기정신증) 및 인지기능장애 검사결과		우울증	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음(점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상(점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상(점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상(점수 합산결과 20~27점)						
		조기정신증	<input type="checkbox"/> 증상 없음(영역별 0-5점) <input type="checkbox"/> 전문의 진단 필요(빈도 또는 고통영역 6점 이상)						
		인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요)						
노인기능평가 (문진)	(독감예방접종)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		(배뇨장애의심)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
	(폐렴예방접종)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		(일상생활수행능력)		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요			
	(낙상위험·낙상경험여부)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							
노인신체기능검사		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하							
의심질환		유질환		생활습관 관리		기타			
판 정	<input type="checkbox"/> 정상A						검진일	20 년 월 일	
	<input type="checkbox"/> 정상B	①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 ⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타:)					검진(문진) 의사	면허번호	
								의사명	(서명)
	<input type="checkbox"/> 일반질환 의심	①폐결핵 ②기타흉부질환 ③간장질환 ④신장질환 ⑤빈혈증 ⑥골다공증 ⑦난청 ⑧비만 ⑨우울증 ⑩조기정신증 ⑪C형간염 ⑫기타질환()					판정일	20 년 월 일	
	<input type="checkbox"/> 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 질환의심	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증					검진(판정) 의사	면허번호	
	<input type="checkbox"/> 유질환자	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵 ⑤우울증 ⑥조기정신증 ⑦C형간염						의사명	(서명)

※ 문진 의사와 판정 의사가 다를 경우 각각 기재함

건강검진 공통 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다. ■ 이 곳만 작성하세요.

※ 질환력(과거력, 가족력)

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 'V' 표시해주시시오.

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

	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
C형간염	<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

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

뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

① 예 ② 아니오 ③ 모름

※ 흡연 및 전자담배

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

①아니오 (☞5번 문항으로 가세요) ②예(☞4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

①현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등을 사용한 적이 있습니까?

①아니오 (☞6번 문항으로 가세요) ②예(☞5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

①현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	담배사용 했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오 ② 예 (☞6-1번 문항으로 가세요)

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

①아니오 ②월 1-2일 ③월 3-9일 ④월 10-29일 ⑤매일

※ 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/병/캔/cc 중 한 곳에만 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 하루 음주량은 어느 정도입니까?

*잔/병/캔/cc 중 한 곳에만 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?

* 고강도 신체활동의 예>

달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 주당 ()일
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?

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시시오.

* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

주당 ()일

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 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일