

암검진 문진표

검진일 : 월 일

□ 이 곳만 작성하세요.

성명		주민등록번호		연락처	
주소	우				

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 환수됩니다.

※ 암 검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 ‘O’ 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							
폐암							
기타 (암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

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

