

건강검진 문진표

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

수검자 성명		주민등록번호		전화번호	자택	
					핸드폰	
주 소				E-mail		
				건강검진 결과통보서 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편	<input type="checkbox"/> E-mail

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

질환력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)				
심근경색/협심증				
고혈압				
당뇨병				
이상지질혈증				
폐결핵				
기타(암포함)				

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

뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)
 ② 예, 지금은 끊었음 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)
 ③ 예, 현재도 흡연 중 (☞ 4-2번 문항으로 가세요)

4-1. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총 _____ 년
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	_____ 개비

4-2. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 _____ 년
평균 하루 몇 개비를 피우십니까?	_____ 개비

5. 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)
 ② 아니오

5-1. 최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

음주

※ 지난 1년간

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
 ③ 1년에 ()번
 ④ 술을 마시지 않는다.

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				



신체활동 (운동)

7-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주당 () 일

* 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 () 시간 () 분

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주당 () 일

* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

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

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 () 시간 () 분

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 () 일

건강검진 추가 문진표

수검자 성명		주민등록번호	
--------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.



노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

① 예 ② 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 ○표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

① 예 ② 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 ② 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 ② 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 ② 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 ② 아니오

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 ② 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

① 예 ② 아니오