

건강검진 문진표

Hanaro Medical Foundation Health Promotion Center

+1101+

+1101+

검진일		바코드
성명		
주민번호		
연락처		
E-mail(메일)주소		
우편물 수령주소 (도로명주소)		
회사명	부서	

올해 국가검진 대상자의 경우,

이번 일반검진 및 5대암(위암, 대장암, 유방암, 자궁암, 간암) 자료가 국민건강보험공단으로 전송되어 수검 인정이 되며, 타병원에서 중복으로 일반검진 및 5대암 검진을 받으실 수가 없음을 동의하십니까?

- 예 본인서명 (_____)
 아니오 (아니오 체크 시 회사 또는 본인인 과태료를 부과할 수 있습니다)

문진표 작성요령

※ 표기는 검정색 볼펜이나 검정색싸인펜을 사용하고,

체크칸() 안에 진하고 정확하게 표시해 주십시오. (예 , , , 모두기능) (예시: (O) (X))



올바른 표기법

예) 과거에 건강진단을 받은 적이 있습니까?

예시 1) 1년 이내 예시 2) 1년 이내 예시 3) 1년 이내 예시 4) 1년 이내



잘못된 표기법

예시 1) 1년 이내 예시 2) 예시 3) 예시 4)

※ 체크박스 안으로 표시해 주십시오.

※ 아래 체크칸에 닿지 않게 해주십시오.

※ 옆의 체크칸에 닿지 않게 해주십시오.

※ 잘못 표기시 꼭 수정테이프를 사용해 주십시오

건강검진 수령 방법(택일)

- 내원상당 (외래진료) 우편발송 (재발급 요청시 비용 발생)
 E-mail (개인정보 보호(암호화), 빠른 결과확인, 개인 PC 보관가능)

※ 건강검진결과를 E-mail로 수령하는 경우 지면(종이) 결과지는 제공하지 않습니다.
 ※ 영문 소문자, 숫자 등 철자를 식별하기 쉽게 정확히 기재하시기 바랍니다.

혈액형

- A형 B형 AB형 O형 모른다

RH인자 (음성 양성)

여성의 경우, 해당사항을 체크해 주십시오.

◆ 미혼 기혼 ◆ 생리여부 유 → 마지막생리시작일 20 년 월 일

무 → 폐경 수술 기타사유 : _____

◆ 현재 수유중 유 무 ◆ 현재 임신중일 가능성 있음 유 무 (확인 동의 서명 : _____)

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸()안에 진하고 정확하게 합니다. (예 : , , , 모두가능)
 ※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

성명		생년월일	
----	--	------	--

※ 아래 문항을 읽고 **현재 상태에 해당**하는 내용에 표시해 주십시오.

질환력

1. 다음과 같은 **질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료중** 이십니까? 모두 해당 없음

본인 현재력		뇌졸중(중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	기타(암포함)
	진단	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물치료	<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? 모두 해당 없음

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? 예 아니오 모름

**반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오**

흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)을 피운적이 있습니까?

아니오 (➡ 5번 문항으로 가십시오) 예 (➡ 4-1번 문항으로 가십시오)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

현재까지 피움

과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음

※ 먼저 선택하신 후
기간과 흡연량을
표시해 주십시오.

흡연기간 총 ___년	십단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
하루평균 ___개비	십단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 자리수를 구분하여 표시해 주십시오.

흡연기간 총 ___년	십단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
하루평균 ___개비	십단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
끊은 지 총 ___년	십단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예: 아이코스, 글로, 릴 등)를 피운 적이 있습니까?

아니오 (➡ 6번 문항으로 가십시오) 예 (➡ 5-1번 문항으로 가십시오)

※자리를 구분하여 표시해 주십시오.

5-1. 현재 **꺠련형 전자담배**(가열담배) 피우십니까?

- 현재까지 피움
- 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음

※ 먼저 선택하신 후 기간과 흡연량을 표시해 주십시오.

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
흡연기간 총 ___년	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
하루평균 ___개비	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
흡연기간 총 ___년	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
하루평균 ___개비	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
끊은 지 총 ___년	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- 예 (➡ 6-1번 문항으로 가십시오)
- 아니오 (➡ 7번 문항으로 가십시오)

- 6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? 아니오 월 1~2일 월 3~9일
 월 10~29일 매일

음주

7. 지난 1년간 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- 일주일에
- 한 달에
- 1년에
- 술을 마시지 않는다. (➡ 8-1번 문항으로 가십시오)

※ 횟수를 꼭 표시해 주십시오.

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
___번	백단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수 응답 가능)

소주		맥주				양주		막걸리		와인	
<input type="checkbox"/> 잔		<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 캔				<input type="checkbox"/> 잔		<input type="checkbox"/> 잔		<input type="checkbox"/> 잔	
<input type="checkbox"/> 병		<input type="checkbox"/> 병 <input type="checkbox"/> cc				<input type="checkbox"/> 병		<input type="checkbox"/> 병		<input type="checkbox"/> 병	

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	천단위	백단위	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수 응답 가능)

소주

잔
 병

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

맥주

잔 캔
 병 cc

	천단위	백단위	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

양주

잔
 병

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

막걸리

잔
 병

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

와인

잔
 병

	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동**을 며칠 하십니까?

- 없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동**을 몇시간 하십니까?

_____ 시간 _____ 분

하루에	1	2	3	4	5	6	시간
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0	10	20	30	40	50	분
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동**을 며칠 하십니까?

- 없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시오.

※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동**을 몇시간 하십니까?

_____ 시간 _____ 분

하루에	1	2	3	4	5	6	시간
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0	10	20	30	40	50	분
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉등 **근력 운동**을 한 날은 며칠입니까?

- 없음 1일 2일 3일 4일 5일 6일 7일

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸()안에 진하고 정확하게 합니다. (예 : , , , 모두가능)

성명		생년월일	
----	--	------	--

암검진(공통) 관련 문항

!
반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오

- 현재 신체 어느 부위에든 **불편한 증상**이 있습니까?
 예 (증상 : _____) 아니오
- 지난 6개월 간** 특별한 이유 없이 5Kg **이상의 체중감소**가 있었습니까?
 아니오 체중감소 - 5kg 6kg 7kg 8kg 9kg 10kg 이상 ()kg
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있 다 (복수선택 가능)				
			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"/>
간암	<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"/>
유방암	<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"/>

- 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	위장 조영 검사 (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"/>
대장암	분변 잠혈 반응 검사 (대변 검사)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장 이중 조영 검사 (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"/>
유방암	유방 촬영	<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	간 초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래 전에
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

위암, 대장암, 간암 관련 문항

- 현재 또는 과거에 진단받은 **위장질환**이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 현재 또는 과거에 진단받은 **대장 항문질환**이 있으십니까?

질환명	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"/>

- 간(肝)질환**이 있으십니까?

질환명	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"/>

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸()안에 진하고 정확하게 합니다. (예 : , , , 모두가능)

성명		생년월일	
----	--	------	--

유방암 및 자궁경부암 관련 문항

(여성분만 작성)

반드시 테두리 안쪽에 표기해 주십시오

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- 월경 했음
- 초경이 없었음

시작연령 : 만	세	
	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 자리수를 구분하여 표시해 주십시오.

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- 아직 월경이 있음
- 자궁 적출술을 하였음
- 폐경 되었음

폐경연령 : 만	세	
	십단위	일단위
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 자리수를 구분하여 표시해 주십시오.

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

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

11. 자녀를 몇 명 출산 하셨습니다?

- 1명
- 2명 이상
- 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유 기간은?

- 6개월 미만
- 6개월 ~ 1년 미만
- 1년 이상
- 수유한 적 없음

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성 종양이란 악성 종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.)

- 예
- 아니오
- 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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

★ 내시경검사 하시는 분만 작성해 주십시오.

[내시경검사 문진 및 동의서]

구분	문항	없다	있다	수검자 기입란	의료진 기입란
내시경검사 경험	위 내시경검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	위 수술 : <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 (시술)유무	* 대장검사 점검사항 1) Colyte () 2) 탈의 () 3) PHX ()
	대장 내시경검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	대장 수술 : <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 (시술)유무	
질환유무	고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	진 단 년 도 : ()년 아침약복용 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	당뇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	진 단 년 도 : ()년 아침약복용 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	심장질환 [협심증, 심근경색, 부정맥 등]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	진 단 년 도 : ()년 아침약복용 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	폐질환 (천식, 만성폐쇄성 질환)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	뇌졸중 (중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	경련성 질환(간질)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	간기능 장애 및 B형 간염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	녹내장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	전립선비대	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
현재병력	상기도감염(편도선염, 인후염)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	연하곤란(삼키기 힘든 증상)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
약물부작용	국소마취제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	기타 약물 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
약물복용	항응고제 [클로피도그렐(플라빅스), 와파린(쿠마딘) 등]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	마지막 복용일 :	
	항혈소판제 [아스피린, 티클리드 등]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	마지막 복용일 :	
기타	틀니 유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	치아 손상 가능성 여부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	마지막으로 드신 음식물의 종류 및 섭취시간 :				
조직검사 안내	<p>본 검사 시, 의사의 의학적 판단에 의하여 헬리코박터균 검사(위) 및 해당 부위의 조직검사(위, 대장)를 시행할 수 있으며, 이에 따른 별도의 검사 비용이 발생될 수 있습니다. 이에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>※ 정상소견 또는 염증의 정도가 심하지 않은 경우, 조직검사는 시행되지 않습니다. (검사비용 : 3~9만원 정도)</p> <p>※ 항응고제, 항혈소판제를 복용하시는 경우, 의사와의 상담을 통하여 내시경 검사 및 조직검사 여부가 결정됩니다. 서명 : _____</p>				
내시경검사 합병증 안내	흔히 나타날 수 있는 증상 수 시간(일) 내에 진정되며, 진료를 요하지 않음		우발적인 증상 극히 드문 경우로, 진료를 요함		
	① 목이 아프고 침에 피가 섞여 나온다. ② 시야가 흐릿하다 ③ 가슴이 두근거린다.		① 소화관 천공, 출혈, 폐혈증 ② 급성 위점막 병변 ③ 피하기종, 약관절탈골, 비출혈 등		

본인은 본 문서에 기재한 대로 병력 및 체질에 관한 사항을 고지하며, 상기 내용을 잘 이해하였고 이에 동의합니다.

년 월 일

주민등록번호 _____ - _____ 성명 _____ (서명 또는 인)

