

항혈전제복용여부			위암	간암	대장암	유방암	자궁암	비고
유	무	모름						

☐ 빨간색 테두리만 작성하세요.

건강검진문진표

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

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주 소	E-mail	건강검진 결과통보수령방법	<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 중 이십니까?

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

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

□ 빨간색 테두리만 작성하세요.

건강검진 추가 문진표

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

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시요.

※ 66세, 70세, 80세만 작성하세요



노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

2. 폐렴 예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.
아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에
O표시를 해주시요.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사
하십니까?

- 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

건강검진 사후 관리를 위한 결과활용 동의서

* 정보제공에 동의하는 검진종별에 ☒ 하시기 바랍니다.

[☐ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함), ☐ 암검진, ☐ 영유아건강검진]

본 동의서는

○ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함) 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단' 이라 한다)에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스내역을 공단에 제공하는 것과

○ 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받으신 분들의 사후관리를 위해 공단에서 국립암센터 및 보건소로 암검진 결과를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

[건강관리서비스]: 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관 : 보건소, 국립암센터, 국민건강보험공단

② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- 공단 → 보건소

·성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료

- 보건소 → 공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

- 공단 → 국립암센터 및 보건소

·성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진정보와 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

전체동의함 ☐

				년	월	일
동 의 자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-		
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의관계			
검진기관명(기호)						