

생활습관평가 결과지

수검자성명	이도재	주민등록번호	780929-1*****
검진일	2018.12.06	검진장소	<input checked="" type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

흡연	<input type="checkbox"/> 비흡연자 <input type="checkbox"/> 과거 흡연자 <input type="checkbox"/> 현재 흡연자 <input type="checkbox"/> 전자담배 단독 사용자		
	니코틴 의존도 평가	<input type="checkbox"/> 낮음(0-3점) <input type="checkbox"/> 중간(4-6점) <input type="checkbox"/> 높음(7-10점)	
	금연 처방전	<input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무	
	처방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물치료(니코틴 대체 요법, 부프로피온, 바레니클린) <input type="checkbox"/> 연계 (금연 단체, 금연 클리닉)	

음주	<input type="checkbox"/> 비음주자 <input type="checkbox"/> 적정음주자 <input type="checkbox"/> 위험 음주자 <input checked="" type="checkbox"/> 알코올 사용장애 의심		
	금주/절주 처방전	<input checked="" type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	처방	<input checked="" type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물 치료 <input type="checkbox"/> 연계 (금주 단체, 금주 클리닉)	

운동	<input type="checkbox"/> 신체활동부족 <input type="checkbox"/> 기본 신체활동 <input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동		
	<input type="checkbox"/> 근력운동부족 <input type="checkbox"/> 근력운동적절		
	<input type="checkbox"/> 신체활동부족+근력운동부족 <input type="checkbox"/> 신체활동부족+근력운동적절		
	<input type="checkbox"/> 기본신체활동+근력운동부족 <input type="checkbox"/> 기본신체활동+근력운동적절		
	<input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동+근력운동부족 <input checked="" type="checkbox"/> 건강증진 신체활동+근력운동적절		
	운동 처방전	<input checked="" type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	처방 운동종류 :	<input checked="" type="checkbox"/> 빠르게 걷기 <input type="checkbox"/> 수영 <input type="checkbox"/> 등산 <input type="checkbox"/> 에어로빅 <input type="checkbox"/> 스트레칭 <input type="checkbox"/> 근력 운동 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
	운동시간 :	<input checked="" type="checkbox"/> 10분 <input type="checkbox"/> 15-30분 <input type="checkbox"/> 30분 이상 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
	운동빈도 :	<input checked="" type="checkbox"/> 주 1~2회 <input type="checkbox"/> 주 3~4회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상	

영양	<input type="checkbox"/> 양호 <input checked="" type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량		
	영양 처방전	<input checked="" type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	처방	<input checked="" type="checkbox"/> 더 드십시오 (<input checked="" type="checkbox"/> 유제품 <input checked="" type="checkbox"/> 단백질을 <input checked="" type="checkbox"/> 야채) <input checked="" type="checkbox"/> 줄이십시오 (<input checked="" type="checkbox"/> 지방 <input type="checkbox"/> 단순당 <input type="checkbox"/> 염분 (소금)) <input checked="" type="checkbox"/> 올바른 식사습관 (<input type="checkbox"/> 아침 식사 거르지 않기 <input checked="" type="checkbox"/> 골고루 먹기) <input type="checkbox"/> 연계 (영양 교실)	

비만	<input type="checkbox"/> 정상 체중 <input checked="" type="checkbox"/> 과체중 <input type="checkbox"/> 비만		
	비만 처방전	<input checked="" type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	처방	<input type="checkbox"/> 식사량을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 간식과 야식을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 음주량과 횟수를 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 외식이나 패스트푸드를 줄이십시오 <input checked="" type="checkbox"/> 운동 처방을 참고하십시오 <input type="checkbox"/> 연계 (비만 클리닉) <input type="checkbox"/> 기타 ()	

금주/절주 처방전

수검자 성명 : 이도재

검진결과 요약

- 1) 음주생활습관 평가 점수(AUDIT-KR): 18 점, ☐ 해당 없음
- 2) 기타 음주에 의해 영향을 받을 수 있는 질환들 유무
- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 우울증/불안증 | <input type="checkbox"/> 위장관 질환 |
| <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장 질환 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중(중풍) |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 기타 : |

1. 현재 귀하의 음주 상태는

- ☐ 적정 음주 수준입니다. ☐ 위험 음주 수준입니다.
- ☒ 알코올 사용 장애 수준입니다.

2. 금주/절주 처방

- 1) 적절 음주 상태입니다.
- ☐ 위험음주가 되지 않도록, 현재의 음주습관을 계속 지켜 가시기 바랍니다.
- 2) 음주습관의 개선이 필요합니다.
- 위험 음주 수준에 해당하기 때문에
- ☒ 현재 음주 관련 신체적 합병증은 없지만,
적절음주 기준 이내로 음주습관을 바꾸셔야 합니다.
- ☐ 신체적 합병증(간 기능 저하 등)이 회복될 때까지 당분간 금주하셔야 합니다.
- 알코올 사용장애 수준에 해당하기 때문에
- ☐ 완전히 금주하셔야 합니다.
- 3) 진료 및 약물 치료가 필요합니다.
- ☐ 알코올 사용장애에 대해 병원진료와 금주보조제 처방이 필요합니다.
- ☐ 신체적 합병증에 대한 병원진료가 필요합니다.

3. 추가 조치 사항

- ☒ 없음 ☐ 있음

검진 의사 이름/서명 : 48559 안형숙

(서명)

운동 처방전

수검자 성명 : 이도재

1. 귀하의 운동 수준은

- ☐ 건강을 유지하기에도 부족한 수준입니다.
☐ 건강을 유지할 수는 있지만 건강을 증진시키기에는 충분하지 않은 수준입니다.
☒ 건강을 증진시키기에 충분한 수준입니다.

2. 귀하의 건강과 삶의 질을 증진시키기 위해 다음과 같은 운동을 권장합니다.

1) 운동 종류

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 빠르게 걷기 | <input type="checkbox"/> 걷기 | <input type="checkbox"/> 등산 |
| <input type="checkbox"/> 수영 | <input type="checkbox"/> 수중운동 | <input type="checkbox"/> 자전거타기 |
| <input type="checkbox"/> 에어로빅 | <input type="checkbox"/> 댄스 | <input type="checkbox"/> 요가 |
| <input type="checkbox"/> 근력운동 | <input type="checkbox"/> 기타 : | |

2) 운동 시간

- ☒ 10분 ☐ 15-30분 ☐ 30분 이상 ☐ 기타 :

3) 운동 횟수

- ☒ 1주일에 1-2회 ☐ 1주일에 3-4회 ☐ 1주일에 5회 이상

3. 운동을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 비만/과체중 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 관절통/요통 |
| <input type="checkbox"/> 낙상 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

4. 추가 조치 사항

- ☒ 없음 ☐ 있음

검진 의사 이름/서명 : 48559 안형숙

(서명)

영양 처방전

수검자 성명 : 이도재

1. 현재 귀하의 식생활습관은

- ☐ 개선할 점이 많은 상태입니다.
☒ 보통입니다.
☐ 질병을 예방하고 건강을 유지할 수 있을 만큼 양호한 상태입니다.

2. 식생활습관 개선 처방

- ☒ 매일 1컵 이상의 저지방 우유나 요구르트, 또는 칼슘강화두유를 드십시오.
☒ 매일 3회 이상 끼니마다 조금씩 콩, 두부, 생선, 육류를 드십시오.
☒ 매끼 1접시 이상의 나물, 찜, 샐러드를 드십시오.
☒ 튀김이나 볶음요리보다는 구이, 찜, 무침요리를 드십시오.
☒ 육류를 드실 때에는 가능하면 살코기 위주로 드시고 닭과 오리의 껍질은 벗기고 드십시오. 장어나 생선 알, 내장도 자주 드시지 마십시오.
☐ 아이스크림, 과자, 케이크, 음료수와 같은 단순당으로 이루어진 간식은 삼가십시오.
☐ 국, 찌개는 국물보다는 건더기 위주로 드시고 젓갈, 장아찌, 조림 등의 짠 반찬 섭취는 줄이십시오.
☐ 아침을 거르지 마시고 하루 3끼 규칙적인 식사습관을 들이십시오.
☒ 편식하지 마시고, 매일 곡류, 고기 및 생선류, 채소류, 과일류 우유 및 유제품 등의 식품류를 빠짐없이 골고루 드십시오.
☐ 가급적이면 외식 횟수를 줄이시고, 외식을 하실 경우에는 너무 짜거나 매운 것, 기름진 것을 피하십시오.

3. 건강한 식생활습관을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 |
| <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) |
| <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 말초혈관질환 |
| <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 비만/과체중 |
| <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 기타: |

4. 추가 조치 사항

- ☒ 없음 ☐ 있음

주치의 이름/서명 : 48559 안형숙

(서명)

비만 처방전

수검자 성명 : 이도재

◆ 신장 : 174.3 cm

◆ 체중 : 85.1 kg

◆ 허리둘레 : 90.0 cm

◆ 체질량지수 : 28.0 Kg/m²

1. 귀하는

☐ 정상체중에 속합니다.☒ 과체중에 속합니다.☐ 비만에 속합니다.

2. 귀하는

☒ 복부비만을 가지고 있습니다. ☐ 복부비만을 가지고 있지 않습니다.

3. 귀하의 현재 체중으로는 동반 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지혈증 등)이 발생할 위험이

☐ 낮습니다.☐ 보통입니다.☒ 다소 증가합니다.☐ 어느 정도 증가합니다. ☐ 상당히 증가합니다. ☐ 매우 증가합니다.

4. 목표 체중

☐ 귀하의 현재 체중을 1차적으로 (10)% 까지 낮추는 것을 목표로 합니다.☐ 귀하의 1차 목표 체중은 75 kg 입니다.☐ 1차 목표 체중 달성기간은 10 개월 입니다.☐ 매달 감량해야 할 체중은 1 kg 입니다.

5. 비만 처방

☐ 식사량을 줄이십시오.☐ 간식/야식을 줄이십시오.☐ 외식과 패스트푸드를 줄이십시오.(☐ 흡연 ☐ 음주 ☒ 운동 ☐ 영양) 처방을 받도록 하십시오.☐ 귀하는 약물 치료가 필요합니다☐ 기타:

6. 체중 감량을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

☐ 협심증/심근경색☐ 공복혈당장애/당뇨병☐ 뇌졸중☐ 고혈압☐ 이상지질혈증(고지혈증)☐ 말초혈관질환☐ 수면무호흡증☐ 골관절염☐ 요실금☐ 담낭질환☐ 기타:

7. 추가 조치 사항

☒ 없음☐ 있음

주치의 이름/서명 : 48559 안형숙

(서명)