

# 한의 빅데이터 구축을 위한 한의건강검진 데이터 수집 연구(2021년)

## 증례기록서 (Case Report Form) Ver. 2.1

실시기관	부산대학교 한방병원
연구책임자	이정윤
담당자	박지은
연구참가자 영문 머리글자	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
스크리닝번호	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <span>연도(YY)</span> <span>실시기관 이니셜(AA)</span> <span>일련번호(S0000)</span> </div> </div>
등록번호	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <span>연도(YY)</span> <span>실시기관 이니셜(AA)</span> <span>일련번호(0000)</span> </div> </div>

## 증례기록서 작성 시 주의사항

- 연구참가자 동의서에 서명한 모든 연구참가자에 대하여 증례기록서를 작성하여야 한다.
- 증례기록서를 작성할 때에는 검정 볼펜을 사용하고, 증례기록서의 여백이나 흰 공간에 기록하지 않는다.
- 모든 기록은 읽기 쉬워야 한다. 올바른 철자와 정확한 정보를 기록하도록 주의를 기울이는 것이 중요하다.
- 모든 질문에 답변하고, 빈 공간이나 빈 칸을 남기지 않는다. 필요 시, 다음의 약어를 사용한다.  
: NA=해당되지 않음(Not Applicable); UK=모름(Unknown); ND=실시하지 않음(Not Done).
- 연구참가자의 머릿글자는 성, 이름순으로 영문 알파벳으로 작성하고, 외자인 경우 가운데 글자에 하이픈(-)을 기재하며, 4자 이상인 경우 앞의 3자리만 기재한다.

(예)

홍길동

홍길

H	K	D
---	---	---

H	-	K
---	---	---

- 잘못 기록한 경우, 실수 위로 한 줄을 긋고, 원본 기록란 주위에 올바른 자료를 기록하고, 수정한 날짜와 수정한 사람의 서명 또는 머리글자를 기록한다. 절대 수정액을 사용하거나 원본 기록을 지워서는 안 된다.

(예)

홍길동

오기정정

수정일(YY-MM-DD) 서명 또는 머리글자

- 모든 날짜는 아래의 단어를 사용하여, 년도-월-일(yyyy-mm-dd)의 형식으로 기록한다. (예: 2009-12-03)  
날짜를 모르는 부분에는 UK를 사용한다. (예, 2009년 12월은 2009-12-UK 로 기록)
- 약물명 등은 성분명으로 명확하게 기록한다. 단, 복합제의 경우에는 상품명을 기록한다.
- 연구참가자 정보의 기밀 유지를 위하여 연구참가자 성명 및 병원등록번호는 증례기록지에 기록하지 않는다.0

## 한의건강검진 진행 항목

구분		일정	비고
임상연구 전 평가	1	연구참가자 설명 및 동의	
	2	연구참가자 준수사항 확인	
	3	인구학적 정보, 연구참가자 특성	
	4	알레르기 병력	
	5	병용약물, 과거력 및 수술력	
	6	일반건강검진 결과 확인	
알레르기 유발물질 검사	1	MAST 93종	해당자만 검사
문진 및 설문	1	구건, 구갈, 음수량 문진	
	2	소화 문진	
	3	대변 문진	
	4	소변 문진	
	5	수면 문진	
	6	피처버그 수면의 질 척도	
	7	땀 문진	
	8	한열 문진	
	9	핵심감정척도 단축형 설문	
	10	스트레스 자각 척도	
	11	식습관, 흡연 습관, 음주 습관 문진	
	12	국제 신체활동 단축형 설문	
	13	여성력 문진	여성만 작성
	14	k-prism 사상 체질 진단 설문지	
기기검사	1	요화학 분석	
	2	활성산소 분석	
	3	소변의 색 측정	
	4	구취 분석	
	5	타액 분비량 측정	
	6	체온 측정	
	7	피부 유수분 측정	
	8	신장 체중 측정	
	9	혈압 측정	
	10	맥진	
	11	심박변이도 검사(HRV)	
	12	체성분 분석	
	13	대사량 측정	
	14	환기량 측정	
	15	복부 압통 측정	
	16	설 영상 측정	
	17	사상 체질 분석(K-prism)	
	18	자세 평가	
	19	3D 체형 측정	
	20	전신 체온 측정(DTI)	
이상반응	21	이상반응 확인	이상반응 경험자만 작성
		증례 결론	

---

# 1. 동의서 및 연구참가자 정보

(Subject Consent and Characteristics)

---

가. 연구참가자	DS
<p>스크리닝 실시 일자</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">년</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">월</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">일</span> </div> <p style="color: red; margin: 10px 0;">연구참가자 스크리닝 번호: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">2</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">-</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">P</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">S</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">-</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;">S</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block; text-align: center;"> </span></p> <p>연구참가자가 참가 신청자(예약자) 본인임을 신분증 등을 통하여 확인하였습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No → 제외</p> <p>연구참가자에게 본 임상연구에 대해서 자세히 설명한 후 서면동의서를 받았습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No → 제외</p> <p style="text-align: center; margin: 20px 0;">임상연구 설명 및 연구참가자 동의 취득날짜</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">년</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">월</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">일</span> </div> <p>연구참가자가 일반 건강검진 결과를 제출하였습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 40px;">※ 추후 제출(제출날짜: _____년_____월_____일)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ 본 임상연구에 대한 충분한 설명과 질의 후 동의가 이루어져야 합니다.</li> <li>▮ 연구 참가 설명 및 동의는 연구 참가자가 임상연구를 시작하기 전 가장 먼저 수행되어야 합니다.</li> <li>▮ 상기 내용을 이행하지 않았다면 본 임상연구에 참여할 수 없습니다.</li> <li>▮ 동의 취득날짜는 동의서 원본과 동일해야 합니다.</li> </ul>	

나. 연구참가자 준수사항	Yes	No
측정 3일 이내에 과도한 식이조절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 3일 이내에 알코올 섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 24시간 이내에 흡연	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 24시간 이내에 카페인 섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 24시간 이내에 이뇨제 복용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 혀 크리너 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 접착식 파스 등 부착	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 비타민 C, 구연산 등 타액 분비를 유발하는 음식 섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 가글, 구취 제거제 등 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 사우나 혹은 목욕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 숨이 차거나 땀이 날 정도의 운동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 로션, 연고 도포	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 검사 4시간 이내 음식 및 음수 섭취(껌 등 포함) 및 양치	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 기준 현재 임신 중 혹은 임신 가능성이 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
측정 당일 기준 현재 월경 중	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 연구자가 부적합하다고 판단하는 경우	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다. 인구학적 정보 (Demographics)	DM
<p>■ 성 별: <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자</p> <p>■ 생년월일: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 년 <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일</p>	

연구참가자 특성 (Subject Characteristics)	SC
<p>■ 주로 사용하는 손: <input type="checkbox"/> 왼손 <input type="checkbox"/> 오른손 <input type="checkbox"/> 양손</p> <p>■ 직 업: <input type="checkbox"/> 관리직 <input type="checkbox"/> 전문직 <input type="checkbox"/> 사무직  <input type="checkbox"/> 서비스직 <input type="checkbox"/> 판매직 <input type="checkbox"/> 농/어업  <input type="checkbox"/> 기능직 <input type="checkbox"/> 장치, 기계조작 및 조립직  <input type="checkbox"/> 단순노무 <input type="checkbox"/> 직업군인 <input type="checkbox"/> 주부  <input type="checkbox"/> 기타 ( )</p> <p>■ 교육수준: <input type="checkbox"/> 무학 또는 초등학교 졸업 미만 <input type="checkbox"/> 초등학교 졸업  <input type="checkbox"/> 중학교 졸업 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 전문대학교 졸업  <input type="checkbox"/> 대학교 졸업 <input type="checkbox"/> 대학원 재학 이상</p> <p>■ 결혼상태: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 이혼</p> <p>■ 동거여부: <input type="checkbox"/> 별거(일시적인 이유포함) <input type="checkbox"/> 동거</p> <p>■ 완경* 여부: <input type="checkbox"/> 완경 <input type="checkbox"/> 미완경</p> <p>(※기존의 폐경, 폐경: 지속되어 왔던 월경이 완전히 끝나는 현상)</p> <p style="text-align: center;"><b>※ 개인정보는 임상연구의 기초자료로만 사용되며, 다른 용도로는 절대 사용되지 않습니다.</b></p>	

라. 알레르기 병력 (Allergy History)		AH
<p>1. 의사나 한의사에 의해 알레르기 질환(아토피 피부염, 알레르기 비염, 천식, 두드러기, 음식 알레르기, 동물 알레르기, 기타 알레르기) 진단 받은 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes → 작성    <input type="checkbox"/> No → 다음 페이지로</p>		
<p>1-1. 진단 받은 알레르기 질환을 모두 고르십시오(복수 응답 가능).</p> <p> <input type="checkbox"/> 아토피 피부염      <input type="checkbox"/> 알레르기 비염      <input type="checkbox"/> 천식      <input type="checkbox"/> 두드러기  <input type="checkbox"/> 음식 알레르기      <input type="checkbox"/> 동물 알레르기      <input type="checkbox"/> 기타 알레르기(                      )         </p>		
1-2. 처음 진단 받은 시기는 언제입니까?	년	월
1-3. 처음 증상이 나타난 시기는 언제입니까?	년	월



마. 복용약물 (Concomitant Medicine)					CM																			
방문일로부터 지난 1개월 동안 한 번이라도 복용했거나 사용 중인 약물 혹은 약제가 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes → 작성 <input type="checkbox"/> No → 다음 페이지로																								
방문일로부터 1개월 동안 한 번이라도 복용 또는 사용한 약물/약제 명칭 그리고 각 약물/약제의 사용목적에 대해 기록해주시기 바랍니다.																								
번호	투여 (치료) 목적	약물명 /치료명	투여 (치료) 경로*	기간 (yy/mm/dd)		지속 여부																		
				투여(치료) 시작일	투여(치료) 종료일																			
1						<input type="checkbox"/>																		
2						<input type="checkbox"/>																		
3						<input type="checkbox"/>																		
4						<input type="checkbox"/>																		
5						<input type="checkbox"/>																		
6						<input type="checkbox"/>																		
7						<input type="checkbox"/>																		
8						<input type="checkbox"/>																		
9						<input type="checkbox"/>																		
10						<input type="checkbox"/>																		
※ 약물명에 대한 정보를 획득하기 어려운 경우 Unknown으로 표기한다. ※ 날짜정보를 작성하기 어려운 경우 UK으로 기입한다. ex) 01월 UK일 ※ 투여경로 : PO(par os, 경구), IV(intravenous), IM(intramuscular), SC(subcutaneous), Supp(suppository, 좌약), Gargle, External, Other																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Route</td> <td>PO</td> <td>IV</td> <td>IM</td> <td>SC</td> <td>Supp</td> <td>Gargle</td> <td>External</td> <td>Others</td> </tr> <tr> <td>Code</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> <td>05</td> <td>06</td> <td>07</td> <td>08</td> </tr> </table>							Route	PO	IV	IM	SC	Supp	Gargle	External	Others	Code	01	02	03	04	05	06	07	08
Route	PO	IV	IM	SC	Supp	Gargle	External	Others																
Code	01	02	03	04	05	06	07	08																

바. 과거 병력/수술력(Prior Medical History)				MH									
최근 3년 이내 발생한 병력이 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes → 작성 <input type="checkbox"/> No → 다음 페이지로													
발생한 병력/수술력이 있다면 진단명/증상/징후를 기재 바랍니다.													
번호	진단명/수술명	과거	지속	최초 진단일(yyyy/mm)	비고								
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
※ 과거 병력/수술 명칭에 대한 정보를 획득하기 어려운 경우 Unknown으로 표기한다. ※ 날짜정보를 작성하기 어려운 경우 UK으로 기입한다.    ex) <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table> 월 <table border="1"><tr><td>U</td><td>K</td></tr></table> 일						0	1	U	K				
0	1												
U	K												

사. 일반건강검진 결과				
검사항목	검사결과			
신장	<div><div></div><div></div><div></div></div> . <div></div> cm			
체중	<div><div></div><div></div><div></div></div> . <div></div> kg			
허리둘레	<div><div></div><div></div><div></div></div> . <div></div> cm			
체질량지수	<div><div></div><div></div></div> . <div></div> kg/m <sup>2</sup>			
시력	좌:	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div></div> . <div><div></div><div></div></div>
	우:	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div></div> . <div><div></div><div></div></div>
청력	좌:	<input type="checkbox"/> 정상		<input type="checkbox"/> 주의
	우:	<input type="checkbox"/> 정상		<input type="checkbox"/> 주의
혈압	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> / <div><div></div><div></div><div></div></div> mmHg	
요단백	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div></div>	
혈청크레아티닌	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div></div> . <div><div></div><div></div></div> mg/dl	
e-GFR	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> ml/min	
혈색소	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div></div> . <div><div></div><div></div></div> mg/dl	
공복혈당	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> . <div><div></div><div></div></div> mg/dl	
AST	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> U/L	
ALT	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> U/L	
r-GTP	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	<div><div></div><div></div><div></div></div> U/L	
흉부방사선촬영	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 주의	특 이 사 항: _____	

## 아. 선정/제외기준 확인

선정기준 - "아니오"에 해당하는 경우 참여할 수 없다	예	아니오
1. 만 19세 이상 성인 남녀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 인지기능에 문제가 없고, 본 연구에 대한 자세한 설명을 듣고 완전히 이해한 후 자의로 참여를 결정하고 서면동의를 통해 연구 참여에 동의한 자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 대상자의 임상연구 참여 종료 시점을 기준으로 6개월 이내에 실시한 양방 일반 건강검진 데이터를 제공하거나 제공할 수 있는 자 (일반건강검진 데이터 자료를 지참하여 오프라인상으로 전달할 수 있거나, 이메일이나 팩스, 공용 SNS로 전송 가능한 자)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
제외기준 - "예"에 해당하는 경우 참여할 수 없다	예	아니오
1. 거동이 불편하거나 기기 측정이 불가능한 경우	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 의료기관에서 아래 질병을 진단받고 유병 중인 자: 심혈관계 질환(심근경색, 울혈성심부전, 협심증, 부정맥 등), 뇌혈관질환(뇌졸중, 중풍 등), 악성 신생물(암), 정신질환(우울증, 불안장애 등), 관절염(류마티스), 갑상선질환(갑상선기능항진증, 갑상선기능저하증) 유병자는 연구 대상자에서 제외. 단, 생활습관병(고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등) 유병자는 연구 대상으로 포함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 임신 중이거나, 임신가능성 있거나, 월경 중인 여성(연구자의 소견상 임신 중일 가능성이 높은 참여지원자에 한해 선택적으로 hCG 검사를 시행 함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 본인 명의의 휴대폰이 없는 자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 기타 연구책임자가 연구 참여에 적절하지 못하다고 판단되는 자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

본 대상자는 임상시험에 참여할 수 있습니까?

☐ 예 → 등록번호 부여 2 1 - P S -

☐ 아니오 ※ 만약 "아니오"라면 그 사유를 표기하여 주십시오.

☐ 선정/제외기준 위반

☐ 동의철회

☐ 기타 ( )

---

## 2. 알레르기 유발물질 검사 (MAST test)

---

MAST ALLERGY 93종								
주요 항원 패널			흡입성 항원 패널			식이성 항원 패널		
No	항원	IU/ml	No	항원	IU/ml	No	항원	IU/ml
1	Total IgE	<input type="text"/> . <input type="text"/>	32	수종다리 진드기	<input type="text"/> . <input type="text"/>	63	돼지고기	<input type="text"/> . <input type="text"/>
2	집먼지진드기 (D.pteronyssinus)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	33	말	<input type="text"/> . <input type="text"/>	64	소고기	<input type="text"/> . <input type="text"/>
3	집먼지진드기 (D.farinae)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	34	기니피그	<input type="text"/> . <input type="text"/>	65	닭고기	<input type="text"/> . <input type="text"/>
4	저장진드기	<input type="text"/> . <input type="text"/>	35	양	<input type="text"/> . <input type="text"/>	66	치즈	<input type="text"/> . <input type="text"/>
5	고양이	<input type="text"/> . <input type="text"/>	36	토끼	<input type="text"/> . <input type="text"/>	67	번데기	<input type="text"/> . <input type="text"/>
6	개	<input type="text"/> . <input type="text"/>	37	햄스터	<input type="text"/> . <input type="text"/>	68	토마토	<input type="text"/> . <input type="text"/>
7	계란흰자	<input type="text"/> . <input type="text"/>	38	개암나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	69	키위	<input type="text"/> . <input type="text"/>
8	우유	<input type="text"/> . <input type="text"/>	39	향기풀	<input type="text"/> . <input type="text"/>	70	망고	<input type="text"/> . <input type="text"/>
9	옥수수	<input type="text"/> . <input type="text"/>	40	우산잔디	<input type="text"/> . <input type="text"/>	71	바나나	<input type="text"/> . <input type="text"/>
10	참깨	<input type="text"/> . <input type="text"/>	41	오리새	<input type="text"/> . <input type="text"/>	72	레몬, 오렌지	<input type="text"/> . <input type="text"/>
11	콩	<input type="text"/> . <input type="text"/>	42	큰조아재비	<input type="text"/> . <input type="text"/>	73	땅콩	<input type="text"/> . <input type="text"/>
12	게	<input type="text"/> . <input type="text"/>	43	갈대	<input type="text"/> . <input type="text"/>	74	호두	<input type="text"/> . <input type="text"/>
13	새우	<input type="text"/> . <input type="text"/>	44	익겨이삭	<input type="text"/> . <input type="text"/>	75	밤	<input type="text"/> . <input type="text"/>
14	감자	<input type="text"/> . <input type="text"/>	45	꿀벌	<input type="text"/> . <input type="text"/>	76	밀가루	<input type="text"/> . <input type="text"/>
15	사과	<input type="text"/> . <input type="text"/>	46	말벌	<input type="text"/> . <input type="text"/>	77	보리	<input type="text"/> . <input type="text"/>


MAST ALLERGY 93종								
주요 항원 패널			흡입성 항원 패널			식이성 항원 패널		
No	항원	IU/ml	No	항원	IU/ml	No	항원	IU/ml
16	카카오	<input type="text"/> . <input type="text"/>	47	라텍스	<input type="text"/> . <input type="text"/>	78	쌀	<input type="text"/> . <input type="text"/>
17	복숭아	<input type="text"/> . <input type="text"/>	48	곰팡이류	<input type="text"/> . <input type="text"/>	79	메밀	<input type="text"/> . <input type="text"/>
18	고등어	<input type="text"/> . <input type="text"/>	49	플라타너스	<input type="text"/> . <input type="text"/>	80	마늘	<input type="text"/> . <input type="text"/>
19	호밀풀	<input type="text"/> . <input type="text"/>	50	수양버들	<input type="text"/> . <input type="text"/>	81	양파	<input type="text"/> . <input type="text"/>
20	집먼지	<input type="text"/> . <input type="text"/>	51	포플라	<input type="text"/> . <input type="text"/>	82	샐러리	<input type="text"/> . <input type="text"/>
21	바퀴벌레	<input type="text"/> . <input type="text"/>	52	물푸레나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	83	오이	<input type="text"/> . <input type="text"/>
22	곰팡이 (Alternaria)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	53	소나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	84	조개	<input type="text"/> . <input type="text"/>
23	곰팡이 (Aspergillus)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	54	일본삼나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	85	홍합	<input type="text"/> . <input type="text"/>
24	곰팡이 (Clasdosporium )	<input type="text"/> . <input type="text"/>	55	아카시아	<input type="text"/> . <input type="text"/>	86	대구	<input type="text"/> . <input type="text"/>
25	오리나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	56	편백나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	87	참치	<input type="text"/> . <input type="text"/>
26	자작나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	57	불란서국화	<input type="text"/> . <input type="text"/>	88	연어	<input type="text"/> . <input type="text"/>
27	참나무	<input type="text"/> . <input type="text"/>	58	민들레	<input type="text"/> . <input type="text"/>	89	오징어	<input type="text"/> . <input type="text"/>
28	돼지풀	<input type="text"/> . <input type="text"/>	59	창질경이	<input type="text"/> . <input type="text"/>	90	멸치	<input type="text"/> . <input type="text"/>
29	쭉	<input type="text"/> . <input type="text"/>	60	명아주과풀	<input type="text"/> . <input type="text"/>	91	버섯	<input type="text"/> . <input type="text"/>
30	환삼덩굴	<input type="text"/> . <input type="text"/>	61	미역취(국화)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	92	효모	<input type="text"/> . <input type="text"/>
31	브로메레인	<input type="text"/> . <input type="text"/>	62	털비름	<input type="text"/> . <input type="text"/>	93	칸디다	<input type="text"/> . <input type="text"/>

---

## 3. 문진 및 설문 (Questionnaire)

---



가. 구갈, 구건, 음수량 문진	
아래 설문은 최근 <u>1개월</u> 의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시요.	
<b>1. 목이 마른 느낌을 얼마나 자주 느끼십니까?</b> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다 <input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다	
<b>2. 물을 마셔도 해소되지 않는 목마름이 있습니까?</b> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다 <input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다	
<b>3. 입 안이 건조한 느낌을 얼마나 자주 느끼십니까?</b> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다 <input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다	
<b>4. 한 번에 섭취하는 물의 양을 아래 종이 컵에 채워주세요.</b>	
	<b>5. 해당 용량 만큼의 물을 하루에 몇 번 마십니까?</b> <div style="text-align: right;">회 (약 _____ ml)</div>
<b>6. 위에서 작성한 물을 제외하고 차/커피 등 기타 음료는 하루에 몇 ml 정도 마십니까?</b> (일반적인 커피 컵의 용량 : 종이컵 약 150ml, 톨 약 320ml, 그란데 약 450ml, 벤티 약 570ml)	<div style="text-align: right;">ml</div>

나. 식습관 문진(어플용)	
아래 설문은 최근 <b>1개월</b> 의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시오.	
1. 평소 하루에 몇 끼를 드십니까?(야식 포함)	끼
2. 한 끼 식사에 걸리는 시간은 보통 몇 분입니까? (10분 단위)	분
<b>3-1. 아침: 한 끼 식사량이 얼마입니까?</b> <input type="checkbox"/> 식사 안함 <input type="checkbox"/> 2~3스푼 <input type="checkbox"/> 1/2공기 <input type="checkbox"/> 2/3공기 <input type="checkbox"/> 1공기 <input type="checkbox"/> 1+1/2공기 <input type="checkbox"/> 2공기 <input type="checkbox"/> 3공기 <input type="checkbox"/> 대체식 <b>3-1-1. 대체식을 선택한 경우 섭취한 대체식의 종류와 양을 각각 입력해주세요.</b> <div> <div>종류:</div> <div>양:</div> </div>	
<b>3-2. 점심: 한 끼 식사량이 얼마입니까?</b> <input type="checkbox"/> 식사 안함 <input type="checkbox"/> 2~3스푼 <input type="checkbox"/> 1/2공기 <input type="checkbox"/> 2/3공기 <input type="checkbox"/> 1공기 <input type="checkbox"/> 1+1/2공기 <input type="checkbox"/> 2공기 <input type="checkbox"/> 3공기 <input type="checkbox"/> 대체식 <b>3-2-1. 대체식을 선택한 경우 섭취한 대체식의 종류와 양을 각각 입력해주세요.</b> <div> <div>종류:</div> <div>양:</div> </div>	
<b>3-3. 저녁: 한 끼 식사량이 얼마입니까?</b> <input type="checkbox"/> 식사 안함 <input type="checkbox"/> 2~3스푼 <input type="checkbox"/> 1/2공기 <input type="checkbox"/> 2/3공기 <input type="checkbox"/> 1공기 <input type="checkbox"/> 1+1/2공기 <input type="checkbox"/> 2공기 <input type="checkbox"/> 3공기 <input type="checkbox"/> 대체식 <b>3-3-1. 대체식을 선택한 경우 섭취한 대체식의 종류와 양을 각각 입력해주세요.</b> <div> <div>종류:</div> <div>양:</div> </div>	
<b>3-4. 야식: 한 끼 식사량이 얼마입니까?</b> <input type="checkbox"/> 식사 안함 <input type="checkbox"/> 2~3스푼 <input type="checkbox"/> 1/2공기 <input type="checkbox"/> 2/3공기 <input type="checkbox"/> 1공기 <input type="checkbox"/> 1+1/2공기 <input type="checkbox"/> 2공기 <input type="checkbox"/> 3공기 <input type="checkbox"/> 대체식 <b>3-4-1. 대체식을 선택한 경우 섭취한 대체식의 종류와 양을 각각 입력해주세요.</b> <div> <div>종류:</div> <div>양:</div> </div>	

## 다. 소화 문진

아래 설문은 최근 **1개월**의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시오.

## 1. 평소 식욕이 얼마나 좋습니까?

☐ 매우 나쁘다 ☐ 나쁘다 ☐ 보통이다 ☐ 좋다 ☐ 매우 좋다

## 2. 다음 증상 중 불편함을 느끼는 증상이 있으면 모두 선택해주세요.(복수선택)

☐ 없다  
☐ 속이 더부룩하다  
☐ 배가 똥똥하게 부풀어 오른 것 같다  
☐ 밥을 먹고 금방 배가 그득해진다  
☐ 배가 부름에도 음식을 계속 먹고 싶다  
☐ 속이 쓰리다  
☐ 명치가 빠근하다  
☐ 메스껍다  
☐ 식사 후 피곤하다

## 3. 속이 더부룩하다고 얼마나 자주 느끼십니까?

☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

## 3-1. 속이 더부룩한 증상 때문에 얼마나 불편하십니까?

☐ 불편하지 않다 ☐ 약간 불편하다 ☐ 다소 불편하다 ☐ 상당히 불편하다 ☐ 매우 불편하다

## 4. 배가 똥똥하게 부풀어 오른 것 같다고 얼마나 자주 느끼십니까?

☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

4-1. 배가 똥똥하게 부풀어 오른 것 같은 증상이 보통 얼마나 지속  
됩니까?

시간 분

## 5. 밥을 먹고 금방 배가 그득해진다고 얼마나 자주 느끼십니까?

☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

## 5-1. 밥을 먹고 금방 배가 그득해지는 증상 때문에 얼마나 불편하십니까?

☐ 불편하지 않다 ☐ 약간 불편하다 ☐ 다소 불편하다 ☐ 상당히 불편하다 ☐ 매우 불편하다

## 6. 배가 부름에도 음식을 계속 먹고 싶다고 얼마나 자주 느끼십니까?

☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

## 6-1. 배가 부름에도 계속 음식을 먹고 싶다는 느낌이 얼마나 강했습니까?

☐ 매우 약하다 ☐ 약하다 ☐ 보통이다 ☐ 강하다 ☐ 매우 강하다

소화 문진	
7. 속이 쓰리다고 얼마나 자주 느끼십니까?	<input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다
7-1. 속쓰림 증상 때문에 얼마나 불편하십니까?	<input type="checkbox"/> 불편하지 않다 <input type="checkbox"/> 약간 불편하다 <input type="checkbox"/> 다소 불편하다 <input type="checkbox"/> 상당히 불편하다 <input type="checkbox"/> 매우 불편하다
8. 명치가 빠근하다고 얼마나 자주 느끼십니까?	<input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다
8-1. 명치가 빠근한 증상 때문에 얼마나 불편하십니까?	<input type="checkbox"/> 불편하지 않다 <input type="checkbox"/> 약간 불편하다 <input type="checkbox"/> 다소 불편하다 <input type="checkbox"/> 상당히 불편하다 <input type="checkbox"/> 매우 불편하다
9. 메스껍다고 얼마나 자주 느끼십니까?	<input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다
9-1. 메스꺼운 증상 때문에 얼마나 불편하십니까?	<input type="checkbox"/> 불편하지 않다 <input type="checkbox"/> 약간 불편하다 <input type="checkbox"/> 다소 불편하다 <input type="checkbox"/> 상당히 불편하다 <input type="checkbox"/> 매우 불편하다
10. 식사 후 피곤함을 얼마나 자주 느끼십니까?	<input type="checkbox"/> 드물게 있었다 <input type="checkbox"/> 가끔 있었다 <input type="checkbox"/> 자주 있었다 <input type="checkbox"/> 항상 있었다
10-1. 식후 피곤함이 얼마나 심합니까?	<input type="checkbox"/> 매우 약하다 <input type="checkbox"/> 약하다 <input type="checkbox"/> 보통이다 <input type="checkbox"/> 심하다 <input type="checkbox"/> 매우 심하다

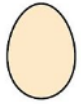
## 라. 대변 문진

아래 설문은 최근 **1개월**의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시오.

1. 평소 대변을 얼마나 자주 보십니까?

회 / 일

2. 한 번에 배변하는 대변의 양은 어느 정도입니까?(계란 1개 기준)



계란 1개 (약 60g)

\_\_\_\_\_ 개/회  
(약 \_\_\_\_\_g)

3. 최근 1개월 동안 가장 자주 보았던 대변의 형태를 선택해주세요.



단단한 염소 똥  
모양

☐


딱딱, 울퉁불퉁한  
소시지 모양

☐


표면이 갈라진  
소시지 모양

☐

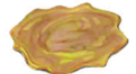

부드러운 떡가래  
모양

☐


물렁물렁한  
수제비 모양

☐


죽처럼 풀어진  
모양

☐


고형성분이 없는  
물 설사

☐

4. 다음 중 최근 1개월 동안 가장 자주 보았던 대변 색을 선택해주세요.



1

☐


2

☐


3

☐


4

☐


5

☐


6

☐

5. 다음 중 최근 1개월 동안 한번이라도 본 적 있는 대변 색상을 모두 골라주세요.(복수선택)

없다

1

☐


붉은색

2

☐


분홍색

3

☐


검정색

4

☐


초록색

5

☐


회백색

6

☐

6. 배변을 위해 일부러 힘을 줘야만 했던 적이 얼마나 자주 있습니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

7. 배변 후 시원하지 않고 변이 남은 듯한 느낌이 얼마나 자주 있습니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

8. 대변에서 아래와 같은 냄새가 난 적이 있습니까?(복수선택)

☐ 없다

☐ 구수한 냄새

☐ 시큼한 냄새

☐ 비린 냄새

☐ 생선 썩는 냄새

☐ 거품을 동반한 썩는 냄새

☐ 냄새를 인지하지만 심하지 않음

☐ 기타 원인으로 냄새를 인지하지 못함 (비염 등)

### 마. 소변 문진

아래 설문은 최근 1개월의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시요.

1. 하루에 소변을 몇 회 정도 보십니까?

회

2. 다음 중 최근 1개월 동안 가장 자주 보았던 소변 색을 선택해주세요.



1

☐


2

☐


3

☐


4

☐


5

☐


6

☐


7

☐


8

☐

3. 다음 중 최근 1개월 동안 한번이라도 본 적 있는 소변 색상을 모두 골라주세요.(복수선택)

없다

1

☐


초록빛

2

☐


갈색빛

3

☐


붉은빛

4

☐


보랏빛

5

☐


연갈색

6

☐

4. 다음 중 최근 1개월 동안 한번이라도 본 적 있는 소변 특징을 모두 골라주세요.(복수선택)

☐ 없다

☐ 강한 암모니아냄새

☐ 달콤한 과일향

☐ 쥐오줌(곰팡이) 냄새

☐ 혼탁뇨

☐ 거품뇨

5. 소변을 다 본 후에도 방광을 깨끗하게 비운 것 같지 않은 느낌을 얼마나 자주 느끼십니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

6. 최근 1개월 동안 수면 중 소변을 보기 위해 깬 날이 일주일에 보통 일주일에 \_\_\_\_\_일 며칠입니까?

7. 소변을 볼 때 통증이 얼마나 자주 있습니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

바. 수면 문진	
아래 설문은 최근 <u>1개월</u> 의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시요.	
1. 첫 알람이 울린 후 최종적으로 잠자리에서 벗어나기까지 보통 몇 분 정도 걸립니까?	분
2. 기상 시 컨디션은 어떻습니까? <input type="checkbox"/> 매우 힘들다 <input type="checkbox"/> 힘들다 <input type="checkbox"/> 상쾌하지도 힘들지도 않다 <input type="checkbox"/> 상쾌하다 <input type="checkbox"/> 매우 상쾌하다	
3. 하루에 수면 중 평균 몇 번 정도 깨십니까? <input type="checkbox"/> 깨지 않는다 <input type="checkbox"/> 1번 <input type="checkbox"/> 2번 <input type="checkbox"/> 3번 <input type="checkbox"/> 4번 이상	
3-1. 처음 깨기 전까지 수면이 몇 시간이나 지속됩니까? <div style="text-align: right;">_____시간 _____분</div>	
3-2. 처음 깨기 전까지 얼마나 깊이 주무십니까? <input type="checkbox"/> 작은 소리에 깬 <input type="checkbox"/> 큰 소리에 깬 <input type="checkbox"/> 흔들면 깬 <input type="checkbox"/> 흔들어도 깨지 않고 잘 잠	
3-3. 처음 깬 이후 다시 잠들면 얼마나 깊이 주무십니까? <input type="checkbox"/> 작은 소리에 깬 <input type="checkbox"/> 큰 소리에 깬 <input type="checkbox"/> 흔들면 깬 <input type="checkbox"/> 흔들어도 깨지 않고 잘 잠	
4. 꿈으로 인해 숙면을 취하지 못한 날이 일주일에 며칠이나 있습니까? <div style="text-align: right;">일주일에 _____일</div>	

## 사. 피쳐버그 수면의 질 척도

다음은 지난 한 달간(30일) 당신의 일상적인 수면 습관에 관한 질문들입니다. 응답을 할 때는 지난 한달 간 낮이나 밤의 대부분 시간에 당신이 어떠했는지를 정확하게 말씀해주셔야 합니다. 모든 질문에 빠짐없이 응답해주시기 바랍니다.

1. 지난 한 달간, 당신은 보통 몇 시에 잠자리에 들었습니까?	잠자리에 든 시간: ____시 ____분
2. 지난 한 달간, 당신은 매일 밤에 잠이 드는데 보통 몇 분이 걸렸습니까?	____분
3. 지난 한 달간, 당신은 보통 아침 몇 시에 일어났습니까?	일어난 시간: ____시 ____분
4. 지난 한 달간, 당신은 밤에 <u>실질적으로</u> 몇 시간이나 잠을 잤습니까? (이것은 당신이 잠자리에 누워 있던 시간과 다를 수 있습니다.)	하루 밤에 잠자는 시간: ____시간 ____분

다음 각 문항에서 가장 적합한 응답을 하나만 고르십시오. 모든 질문에 빠짐없이 응답해주시기 바랍니다.

5. 지난 한 달간, 당신은 얼마나 자주 다음과 같은 이유로 잠을 자는데 어려움이 있었습니까? (우측 칸의 □에 V 표시 하세요)	지난 달에는 없었다	일주일 한번 이하	일주일 한 두 번	일주일 세 번 이상
a) 30분 이내에 잠을 들 수 없었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 한밤중이나 아침 일찍 잠이 깼다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 화장실에 가기 위해서 일어나야 했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 편안하게 숨을 쉴 수가 없었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 심하게 기침을 하거나 코를 골았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 너무 춥다고 느꼈다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) 너무 덥다고 느꼈다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 나쁜 꿈을 꾸었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 통증이 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 기타 다른 이유(들)이 있으면 직접 기입해 주십시오	_____			
j-1) 지난 한 달간, 당신은 얼마나 자주 위에 기입한 이유들 때문에 잠을 자지 못했습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



피처버그 수면의 질 척도	
6. 지난 한 달간, 당신의 수면상태를 전반적으로 어떻게 평가하겠습니까?	<input type="checkbox"/> 매우 좋다 <input type="checkbox"/> 좋은 편이다 <input type="checkbox"/> 나쁜 편이다 <input type="checkbox"/> 매우 나쁘다
7. 지난 한 달간, 잠을 자기 위해서 얼마나 자주 약을 복용하하셨습니까? (처방 된 것이거나, 처방전이 필요하지 않은 것 모두 포함)	<input type="checkbox"/> 지난 달에는 없었다 <input type="checkbox"/> 일주일에 한번 이하 <input type="checkbox"/> 일주일에 한 두 번 <input type="checkbox"/> 일주일에 세 번 이상
8. 지난 한 달간, 당신은 운전, 식사, 혹은 사회활동을 하는 동안에 얼마나 자주 졸음을 느꼈습니까?	<input type="checkbox"/> 지난 달에는 없었다 <input type="checkbox"/> 일주일에 한번 이하 <input type="checkbox"/> 일주일에 한 두 번 <input type="checkbox"/> 일주일에 세 번 이상
9. 지난 한달 동안, 당신은 매사 처리에 끝까지 의욕을 유지하는데 얼마나 많은 문제가 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 문제가 되지 않았다 <input type="checkbox"/> 아주 약간 문제가 되었다 <input type="checkbox"/> 어느 정도 문제가 되었다 <input type="checkbox"/> 매우 크게 문제되었다

## 아. 땀 문진

아래 설문은 최근 **1개월**의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시요.

### 1. 평소 땀이 얼마나 많은 편입니까?

- ☐ 땀이 줄줄 흐른다  
☐ 땀이 많이 나는 편이다  
☐ 정상적이다  
☐ 땀이 적게 나는 편이다  
☐ 전혀 땀이 나지 않는다

### 2. 평소 더위 혹은 운동과 관계없이 어떤 상황에 땀이 납니까?(복수선택)

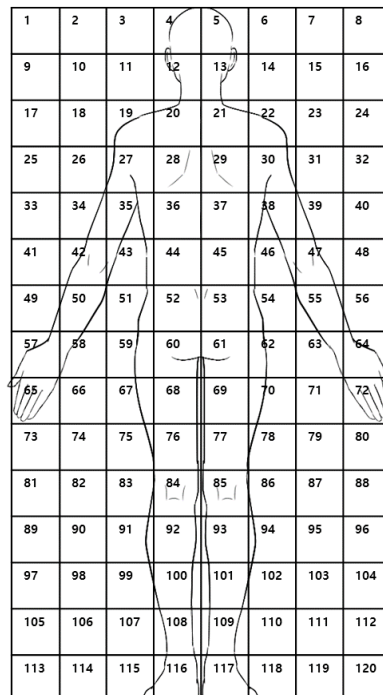
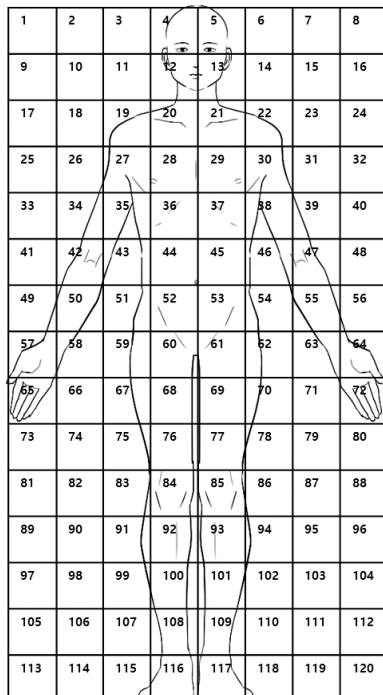
- ☐ 없다  
☐ 수면 중 땀이 난다  
☐ 스트레스 혹은 감각적 자극으로 인해 땀이 난다  
☐ 음식을 먹을 때 땀이 난다  
☐ 특별한 이유 없이 가만히 있어도 땀이 난다

### 3. 땀을 흘리고 난 후 기분이 어떻습니까?

- ☐ 매우 불쾌하다 ☐ 불쾌하다 ☐ 불쾌하지도 상쾌하지도 않다 ☐ 상쾌하다 ☐ 매우 상쾌하다

### 4. 발한 부위

주로 땀이 나는 부위는 어디입니까?



자. 한열 문진
아래 설문은 최근 <b>1개월</b> 의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주십시오.
문항
<b>1. 평소 추위를 얼마나 타십니까?</b> <input type="checkbox"/> 전혀 타지 않는다 <input type="checkbox"/> 거의 타지 않는다 <input type="checkbox"/> 약간 타다 <input type="checkbox"/> 심하게 타다 <input type="checkbox"/> 매우 심하게 타다
<b>2. 평소 더위를 얼마나 타십니까?</b> <input type="checkbox"/> 전혀 타지 않는다 <input type="checkbox"/> 거의 타지 않는다 <input type="checkbox"/> 약간 타다 <input type="checkbox"/> 심하게 타다 <input type="checkbox"/> 매우 심하게 타다
<b>3. 평소 어떤 온도의 음료를 마십니까?</b> <input type="checkbox"/> 매우 찬 음료 <input type="checkbox"/> 차가운 음료 <input type="checkbox"/> 미지근한 음료 <input type="checkbox"/> 따뜻한 음료 <input type="checkbox"/> 매우 뜨거운 음료
<b>4. 더운 계절에는 어떤 온도의 음료를 즐겨 마십니까?</b> <input type="checkbox"/> 매우 찬 음료 <input type="checkbox"/> 차가운 음료 <input type="checkbox"/> 미지근한 음료 <input type="checkbox"/> 따뜻한 음료 <input type="checkbox"/> 매우 뜨거운 음료
<b>5. 추운 계절에는 어떤 온도의 음료를 즐겨 마십니까?</b> <input type="checkbox"/> 매우 찬 음료 <input type="checkbox"/> 차가운 음료 <input type="checkbox"/> 미지근한 음료 <input type="checkbox"/> 따뜻한 음료 <input type="checkbox"/> 매우 뜨거운 음료

## 한열 문진

6. 평소 주변 온도와 관계없이 냉감 혹은 시림을 느낀 적이 얼마나 자주 있습니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

6-1. 다음 그림에서 지속적으로 냉감 혹은 시림을 느꼈던 부위를 선택해주시요.

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120

6-2. 냉감 혹은 시림으로 인해 얼마나 불편하십니까?

☐ 불편하지 않다 ☐ 약간 불편하다 ☐ 다소 불편하다 ☐ 상당히 불편하다 ☐ 매우 불편하다

7. 평소 주변 온도와 관계없이 열감 혹은 화끈거림을 느낀 적이 얼마나 자주 있습니까?

☐ 전혀 없었다 ☐ 드물게 있었다 ☐ 가끔 있었다 ☐ 자주 있었다 ☐ 항상 있었다

7-1. 다음 그림에서 지속적으로 열감 혹은 화끈거림을 느꼈던 부위를 선택해주시요.

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120

7-2. 열감 혹은 화끈거림으로 인해 얼마나 불편하십니까?

☐ 불편하지 않다 ☐ 약간 불편하다 ☐ 다소 불편하다 ☐ 상당히 불편하다 ☐ 매우 불편하다

한열 문진					
평소 증상을 중심으로 최근 6개월내 본인 상태에 해당하는 곳에 체크(v) 해주십시오.					
문항					
	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통 이다	그런 편이다	매우 그렇다
1. 평소 찬 기운이나 추운 것이 싫다.	1	2	3	4	5
2. 평소 따뜻한 기운이나 따뜻한 온도가 좋다.	1	2	3	4	5
3. 평소 배가 서늘한 편이다.	1	2	3	4	5
4. 평소 손발이 차가운 편이다.	1	2	3	4	5
5. 평소 몸에 차거나 시린 느낌이 있다.	1	2	3	4	5
6. 평소 얼굴색이 창백한 편이다.	1	2	3	4	5
7. 평소 따뜻한 물을 마시는 편이다.	1	2	3	4	5
8. 평소 소변이 맑거나 투명하다.	1	2	3	4	5
9. 평소 시원하거나 서늘한 것이 좋다.	1	2	3	4	5
10. 평소 덥거나 따뜻한 기운이 싫다.	1	2	3	4	5
11. 평소 몸에 열이 나거나 더운 편이다.	1	2	3	4	5
12. 평소 몸에 뜨겁거나 화끈거리는 느낌이 있다.	1	2	3	4	5
13. 평소 얼굴 또는 눈이 붉은 편이다.	1	2	3	4	5
14. 평소 차거나 시원한 물을 마시는 편이다.	1	2	3	4	5
15. 평소 콧김이 뜨거운 편이다.	1	2	3	4	5

## 차. 핵심감정척도 단축형 설문지

## The Core Seven-Emotions Inventory Short Form (CSEI-s)

☞ 다음 문항들을 읽고 **최근 일주일 동안 자신을 가장 잘 나타낸다고** 생각하는 곳에 ○표 해주십시오.  
오. 너무 오래 곰곰이 생각하기보다는 **질문을 읽고 바로 떠오르는 첫 인상으로 응답**하시기 바랍니다.

	문항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	웬만큼 그렇다	꽤 그렇다	매우 그렇다
1	내게 좋은 일이 생길 것 같다.	1	2	3	4	5
2	나는 주변 사람들에게 화를 잘 낸다.	1	2	3	4	5
3	나는 생각이 많다	1	2	3	4	5
4	나는 아무 일도 하고 싶은 의욕이 없다.	1	2	3	4	5
5	나는 서글플 때가 있다.	1	2	3	4	5
6	나는 간이 작은 것 같다	1	2	3	4	5
7	나는 깜짝깜짝 놀란다.	1	2	3	4	5
8	나는 기분이 들뜬다.	1	2	3	4	5
9	나는 다른 사람보다 화를 자주 낸다.	1	2	3	4	5
10	나는 고민거리가 많다.	1	2	3	4	5
11	내 미래는 어두울 것 같다.	1	2	3	4	5
12	나는 구슬플 때가 있다.	1	2	3	4	5
13	나는 쉽게 당황한다.	1	2	3	4	5
14	나는 잘 놀란다.	1	2	3	4	5
15	나는 활기차다.	1	2	3	4	5
16	나도 모르게 불끈 성을 낸다.	1	2	3	4	5
17	나는 걱정을 많이 한다.	1	2	3	4	5
18	나는 만사가 귀찮다	1	2	3	4	5
19	나는 슬플 때가 있다.	1	2	3	4	5
20	나는 낯선 사람이 두렵다.	1	2	3	4	5
21	나는 놀라서 소스라치곤 한다.	1	2	3	4	5
22	내 삶은 만족스럽다.	1	2	3	4	5
23	내 주변에는 나를 화나게 하는 게 많다.	1	2	3	4	5
24	나는 반복적으로 떠오르는 생각을 지우기가 어렵다.	1	2	3	4	5
25	내 미래는 희망이 없을 것 같다.	1	2	3	4	5
26	나는 외롭다.	1	2	3	4	5
27	나는 여러 사람 앞에 나가 이야기하는 것이 어렵다.	1	2	3	4	5
28	나는 작은 소리에도 잘 놀란다.	1	2	3	4	5

### 카. 스트레스 자각 척도(Perceived Stress Scale)

다음 문항들은 최근 **1개월** 동안 당신이 느끼고 생각한 것에 대한 것입니다. 각 문항에 해당하는 내용을 얼마나 자주 느꼈는지 표기(V)해주시시오.

	지난 한 달 동안,	전혀 없었다.	거의 없었다.	가끔 있었다.	자주 있었다.	매우 자주 있었다.
1.	예상치 못한 일 때문에 당황한 적이 얼마나 있습니까?	0	1	2	3	4
2.	인생에서 중요한 일들을 조절할 수 없다는 느낌을 얼마나 경험하셨습니다?	0	1	2	3	4
3.	신경이 예민해지고 스트레스를 받고 있다는 느낌을 얼마나 경험하셨습니다?	0	1	2	3	4
4.	당신의 개인적 문제들을 다루는 데 있어서 얼마나 자주 자신감을 느꼈습니까?	4	3	2	1	0
5.	일상의 일들이 당신의 생각대로 진행되고 있다는 느낌을 얼마나 경험하셨습니다?	4	3	2	1	0
6.	당신이 꼭 해야 하는 일을 처리할 수 없다고 생각한 적이 얼마나 있었습니까?	0	1	2	3	4
7.	일상생활의 짜증을 얼마나 자주 잘 다스릴 수 있었습니까?	4	3	2	1	0
8.	최상의 컨디션이라고 얼마나 자주 느끼셨습니까?	4	3	2	1	0
9.	당신이 통제할 수 없는 일 때문에 화가 난 경험이 얼마나 있었습니까?	0	1	2	3	4
10.	어려운 일이 너무 많이 쌓여서 극복하지 못할 것 같은 느낌을 얼마나 자주 경험하셨습니다?	0	1	2	3	4

타. 흡연 습관 문진

1. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궤련)를 피운 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

2. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

2-1. 현재 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_개비 피움

2-2. 과거 흡연했을 때 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_개비 피움, 끊은지 \_\_\_\_\_년

3. 지금까지 궤련형 전자담배(아이코스, 글로, 릴 등 가열담배)를 피운 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

4. 현재 궤련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

4-1. 현재 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_개비 피움

4-2. 과거 흡연했을 때 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_개비 피움, 끊은 지 \_\_\_\_\_년

5. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

6. 현재 액상형 전자담배를 피우십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

6-1. 현재 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_회 피움

6-2. 과거 흡연했을 때 총 \_\_\_\_\_년 동안 하루 평균 \_\_\_\_\_회 피움, 끊은 지 \_\_\_\_\_년






## 파. 음주 습관 문진






1. 자신의 음주 습관을 고려하여 아래 표를 작성해주시요.

자주 마시는 주종을 모두 적고, 1회 음주 시 해당 주종의 음주량을 선택하고, 해당 주종의 음주 빈도를 골라 기입합니다.

주종	1회 음주량(택1)	음주 빈도(택1, 횟수 기입)
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 잔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 병 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 캔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/일 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/주 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/월 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/년
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 잔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 병 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 캔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/일 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/주 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/월 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/년
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 잔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 병 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 캔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/일 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/주 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/월 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/년
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 잔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 병 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 캔 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/일 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/주 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/월 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 회/년

하. 국제 신체활동 단축형 설문 International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ)	
<p>다음 설문은 사람들이 평소에 하는 신체활동에 대해 알아보고자 만들어졌습니다. 설문은 지난 7일간 귀하가 신체활동에 소모한 시간에 대해 물을 것입니다. 귀하 스스로 활동적이지 않다고 생각되시더라도 각 질문에 응답해 주시기 바랍니다. 직장에서 집에서 하는 활동, 교통수단을 이용할 때 하는 활동, 여가 시간에 시행하는 활동, 운동 또는 스포츠 모두를 포함하여 생각해 주시기 바랍니다.</p>	
<p>귀하가 지난 7일간 하신 모든 격렬한 활동을 생각해 보십시오. 격렬한 신체활동이란 힘들게 움직이는 활동으로서 평소보다 숨이 훨씬 더 차게 만드는 활동입니다. 한 번에 적어도 10분 이상 지속한 활동만을 생각하여 응답해 주시기 바랍니다.</p>	
<p>1. 지난 7일간 무거운 물건 나르기, 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기 등과 같은 격렬한 신체 활동을 며칠간 하였습니다습니까?</p>	<p>일주일에 _____ 일  <input type="checkbox"/> 격렬한 신체활동 없었음  3번으로 가세요</p>
<p>2. 그런 날 중 하루에 격렬한 신체활동을 하면서 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?</p>	<p>하루에 _____ 시간 _____ 분  <input type="checkbox"/> 모르겠다/확실하지 않다</p>
<p>귀하가 지난 7일간 하신 모든 중간정도 신체활동을 생각해 보십시오. 중간정도 신체활동이란 중간정도 힘들게 움직이는 활동으로서 평소보다 숨이 조금 더 차게 만드는 활동입니다. 한 번에 적어도 10분 이상 지속한 활동만을 생각하여 응답해주시기 바랍니다.</p>	
<p>3. 지난 7일간, 가벼운 물건 나르기, 보통 속도로 자전거 타기, 복식 테니스 등과 같은 중간 정도 신체 활동을 며칠간 하였습니다습니까? 걷기는 포함시키지 마십시오.</p>	<p>일주일에 _____ 일  <input type="checkbox"/> 중간정도 신체활동 없었음  5번으로 가세요</p>
<p>4. 그런 날 중 하루에 중간정도의 신체활동을 하며 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?</p>	<p>하루에 _____ 시간 _____ 분  <input type="checkbox"/> 모르겠다/확실하지 않다</p>
<p>지난 7일간 걸은 시간을 생각해 보십시오. 직장이나 집에서, 교통수단을 이용할 때 걸은 것 뿐만 아니라 오락 활동, 스포츠, 운동, 여가 시간에 걸은 것도 포함됩니다.</p>	
<p>5. 지난 7일간, 한 번에 적어도 10분 이상 걸은 날이 며칠입니까?</p>	<p>일주일에 _____ 일  <input type="checkbox"/> 걷지 않았음.  7번으로 가세요.</p>

<p style="text-align: center;">하. 국제 신체활동 단축형 설문</p> <p style="text-align: center;">International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ)</p>
<p><b>6. 그런 날 중 하루에 걸으면서 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?</b></p> <p style="text-align: right;">하루에 _____ 시간 _____ 분</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 모르겠다/확실하지 않다.</p>
<p>다음 질문은 지난 7일간 주중에 앉아서 보낸 시간에 관한 것입니다. 여기에는 직장과 집에서 학업이나 여가시간에 앉아서 보낸 시간이 포함됩니다. 또한 책상에 앉아 있거나, 친구를 만나거나, 독서할 때 앉거나, 텔레비전을 앉아서 또는 누워서 시청한 시간이 포함됩니다.</p>
<p><b>7. 지난 7일간, 주중에 앉아서 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?</b></p> <p style="text-align: right;">하루에 _____ 시간 _____ 분</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 모르겠다/확실하지 않다.</p>

거. 여성력 문진(여성 수진자만 해당)	
아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 답해주시요.(경험이 없을 경우 0을 입력하세요)	
문항	
<b>1. 산과력과 관련해서 아래의 표를 채워주시요.</b>	
출산 여부와 관계없이, 현재 임신을 포함한 총 임신 횟수	회
신생아의 생존 여부와 관계없이, 20주 이후 분만 횟수	회
유산 횟수	회
아래 설문은 최근 <b>6개월</b> 동안의 건강 상태에 대한 설문입니다. 아래 문항들을 읽고 해당하는 내용에 체크(v) 하거나 주관식 문항에 답해주시요.	
<b>2. 최근 6개월 이내 월경을 경험하신 적이 있습니까?</b> <input type="checkbox"/> 있음 (-> 3번 질문으로) <input type="checkbox"/> 없다 (-> 2-1번 질문으로 이동)	
<b>2-1. 월경을 경험하지 않은 이유를 선택해 주십시오.</b> <input type="checkbox"/> 완경(폐경) <input type="checkbox"/> 월경불순 <input type="checkbox"/> 피임(약/장치) <input type="checkbox"/> 기타(질병/약물 부작용 등)	
<b>3. 평소 월경은 규칙적으로 하십니까?</b>	<input type="checkbox"/> 규칙 <input type="checkbox"/> 불규칙
<b>3-1. 평균 며칠 간격으로 월경이 시작하나요?</b> (예시: 약 15일 간격, 약 28일 간격, 약 35일 간격 등)	_____일
<b>4. 평소 월경이 지속되는 기간이 규칙적인가요?</b>	<input type="checkbox"/> 규칙 <input type="checkbox"/> 불규칙
<b>4-1. 규칙적이라면 한 번 시작한 월경은 며칠 정도 지속되나요?</b> (예시: 약 3일, 약 5일, 약 14일 등)	_____일
<b>5. 월경통이 가장 심할 때의 통증은 얼마나 강합니까?</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">             0 통증 없다           </div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4 진통제 필요</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7 마약성 진통제 필요</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10 최악의 통증</div> </div>	점
<b>6. 다음 중 최근 월경 기간 중 첫 이틀 간 가장 자주 본 월경혈의 색을 골라주세요.</b>	
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>
 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>
 5 <input type="checkbox"/>	

## 여성력 문진(여성 수진자만 해당)

7. 다음 중 가장 최근 월경 기간 중 한번이라도 본 적 있는 월경혈의 색상을 모두 골라주세요.(복수선택)

없다

1

☐

주황색

2

☐

회색

3

☐

검정색






4

☐

8. 가장 최근 월경 기간 중 첫 이틀 간 월경혈의 점도는 어떠했습니까?

☐ 매우 묽었다 ☐ 약간 묽었다 ☐ 보통이다 ☐ 점도가 약간 높았다 ☐ 점도가 매우 높았다

9. 다음은 월경량을 여성용품 그림(중형 기준)으로 구분한 예시입니다. 가장 최근의 월경 기간에 사용한 여성용품은 각각 몇 개입니까?

1ml		_____개
2ml		_____개
3ml		_____개
4ml		_____개
5ml		_____개

10. 피임약 혹은 장치(내장형), 호르몬 치료제 등을 복용 혹은 사용하신 적이 있습니까?

☐ 없다 ☐ 있다, 종류 : \_\_\_\_\_

### 너. 체질 진단 툴(Sasang Constitutional Analysis Tool) 성격 설문지

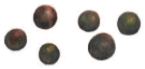






아래 항목은 평소 자신의 성격에 대해서 기재합니다.

자신의 성격을 고려하여 가장 적합하다고 생각되는 경우에 ✓ 하시고 애매한 경우는 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

성격이 대범하신가요? 섬세하신가요?	대범	①	②	③	섬세
행동이 빠른 편인가요? 느린 편인가요?	빠르다	①	②	③	느리다
매사에 적극적인가요? 소극적인가요?	적극적	①	②	③	소극적
말 또는 표현을 대놓고 하는 편인가요? 돌려서 하는 편인가요?	직접	①	②	③	간접
성격이 외향적인가요? 내성적인가요?	외향	①	②	③	내성
평소 활동적인 편인가요? 조용한 편인가요?	동적	①	②	③	정적
결정을 쉽게 하는 편인가요? 어려움을 겪는 편인가요?	쉽게	①	②	③	어렵게
남성적인 편인가요? 여성적인 편인가요?	남성적	①	②	③	여성적
속 이야기를 잘 드러내는 편인가요? 좀처럼 드러내지 않는 편인가요?	잘 드러냄	①	②	③	안 드러냄
자기 의견을 잘 표현하는 편인가요? 표현하지 않는 편인가요?	잘 표현	①	②	③	표현안하는 편
가끔 흥분하는 편인가요? 이성적으로 처리하는 편인가요?	가끔 흥분	①	②	③	이성적으로
덜렁대는 편입니까? 꼼꼼한 편입니까?	덜렁	①	②	③	꼼꼼

## 체질 진단 툴(Sasang Constitutional Analysis Tool) 소증 설문지

아래 항목은 평소 증상을 중심으로 최근 6개월 내의 본인의 생활습관에 대해 기재합니다. 해당되는 경우에 ☒ 하시고 애매한 경우는 담당자에게 문의하시기 바랍니다. (\*)가 있는 부분은 중복체크 가능합니다.

식사	평소 하루 식사량은 어떻습니까? 1 <input type="checkbox"/> 많다    2 <input type="checkbox"/> 중간    3 <input type="checkbox"/> 적다    4 <input type="checkbox"/> 일정하지 않다																					
	평소 식사 속도는 어떻습니까? 1 <input type="checkbox"/> 빨리 먹는다    2 <input type="checkbox"/> 중간    3 <input type="checkbox"/> 천천히 먹는다																					
소화	소화가 잘 되십니까? 1 <input type="checkbox"/> 예    2 <input type="checkbox"/> 아니오 ⇒ 소화가 안 되어 불편하십니까? 1 <input type="checkbox"/> 예    2 <input type="checkbox"/> 아니오																					
	평소 입맛은 어떻습니까? 1 <input type="checkbox"/> 지나치게 좋음    2 <input type="checkbox"/> 좋은 편    3 <input type="checkbox"/> 중간    4 <input type="checkbox"/> 안 좋은 편																					
	소화와 관련된 상세질문입니다. 평소 아래의 증상이 있습니까? 해당되는 곳에 표시해 주세요.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>항 목</th> <th>자주 그렇다</th> <th>가끔 그렇다</th> <th>없다</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>체함</td> <td>1<input type="checkbox"/></td> <td>2<input type="checkbox"/></td> <td>3<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>토함</td> <td>1<input type="checkbox"/></td> <td>2<input type="checkbox"/></td> <td>3<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>음식물 안 내려감</td> <td>1<input type="checkbox"/></td> <td>2<input type="checkbox"/></td> <td>3<input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>							항 목	자주 그렇다	가끔 그렇다	없다	체함	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	토함	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	음식물 안 내려감	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
항 목	자주 그렇다	가끔 그렇다	없다																			
체함	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																			
토함	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																			
음식물 안 내려감	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																			
땀	평소 땀을 어느 정도 흘리는 편입니까? 1 <input type="checkbox"/> 많다    2 <input type="checkbox"/> 중간    3 <input type="checkbox"/> 적다    4 <input type="checkbox"/> 없다																					
	평소 더울 때 땀을 어느 정도 흘리는 편입니까? 1 <input type="checkbox"/> 많다    2 <input type="checkbox"/> 중간    3 <input type="checkbox"/> 적다    4 <input type="checkbox"/> 없다																					
	땀을 흘리고 난 뒤 기분이 어떻습니까? 1 <input type="checkbox"/> 상쾌    2 <input type="checkbox"/> 피곤    3 <input type="checkbox"/> 아무느낌 없다																					
	(*)식은 땀 등 비정상적인 땀을 흘리는 경우가 있습니까? (모두 체크) 1 <input type="checkbox"/> 없다    2 <input type="checkbox"/> 밤에 식은땀    3 <input type="checkbox"/> 낮에 식은땀    4 <input type="checkbox"/> 식사 시 땀																					
대변	대변의 양상은 어떤 편입니까? 1 <input type="checkbox"/> 설사    2 <input type="checkbox"/> 변비    3 <input type="checkbox"/> 변비설사교대    4 <input type="checkbox"/> 음식 따라 다름    5 <input type="checkbox"/> 보통																					
	대변의 모양은 어떤 편입니까? 아래 그림에 표시해주시기 바랍니다.																					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>															
																						
	단단한 염소 똥 모양	딱딱, 울퉁불퉁한 소시지 모양	표면이 갈라진 소시지 모양	부드러운 떡가래 모양	물렁물렁한 수제비 모양	죽처럼 풀어진 모양	고형성분이 없는 물 설사															

체질 진단 툴(Sasang Constitutional Analysis Tool) 소증 설문지	
수면	<p>평소 실제로 잠잔 시간은 하루에 평균 얼마나 됩니까?    <input type="text"/> <input type="text"/> 시간    <input type="text"/> <input type="text"/> 분</p> <p>(잠자리에서 보낸 시간과 잠잔 시간은 다릅니다)</p>
한열	<p>평소 추위, 더위 어느 것이 더 싫습니까?</p> <p>1□추위    2□더위    3□모두 싫다    4□모두 괜찮다</p>
	<p>손이 차가운 편입니까? 따뜻한 편입니까?</p> <p>1□손이 따뜻하다    2□중간    3□손이 차다    4□잘 모름</p>
	<p>발이 차가운 편입니까? 따뜻한 편입니까?</p> <p>1□발이 따뜻하다    2□중간    3□발이 차다    4□잘 모름</p>
	<p>배가 차가운 편입니까? 따뜻한 편입니까?</p> <p>1□배가 따뜻하다    2□중간    3□배가 차다    4□잘 모름</p>
음수	<p>평소 물을 어느 정도 마십니까?</p> <p>1□많다    2□중간    3□조금    4□조금씩 자주</p>
	<p>평소 마시는 물의 온도는 어떻습니까?</p> <p>1□주로 따뜻한 물    2□주로 찬물    3□가리지 않고 마신다</p>
감기	<p>(*)감기가 걸렸을 때 주로 호소하는 증상은 어떤 증상입니까? (모두 체크)</p> <p>1□무증상    2□열    3□두통    4□어지러움    5□콧물 및 코막힘    6□귀가 멍함 7□기침(가래)    8□목부위 통증    9□몸살    10□팔다리 저림    11□식욕감퇴 혹은 소화장애</p>
컨디션	<p>(*)몸 컨디션이 안 좋을 때 자주 문제가 생기는 부위는 어느 쪽입니까? (모두 체크)</p> <p>1□땀 분비    2□소화    3□대변    4□소변    6□없다</p>
기타	<p>(*)평소 자주 생기는 증상을 아래에서 모두 고르세요. (모두 체크)</p> <p>1□간혹 옆머리가 불편함    2□간혹 머리가 열나듯이 아픔    3□간혹 머리가 텅빈 느낌이 있음    4□건망    5□입안 자주 헛다    6□간혹 눈에 통증    7□붓는다    8□가슴이 두근거림 9□가슴이 답답함    10□자주 한숨 쉼    11□어지럼증    13□없다</p>



다음은 귀하의 평소(일상적으로 가지고 있는) 소화상태, 식욕, 식습관에 대한 질문입니다. 각 질문에 대해 해당되는 내용에 표시(○)해 주십시오.

	그렇지 않다	별로 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1. 소화가 안 되어 어릴 때부터 고생했다	0	1	2	3	4
2. 평소 과식이나 폭식을 자주하는 편이다. (주 3회 이상이면 자주하는 편입니다)	0	1	2	3	4
3. 우유, 밀가루 음식, 찬 음식, 기름진 음식을 먹고 나면 소화가 잘되지 않고 금세 배에 가스가 차거나 불편하다	0	1	2	3	4
4. 기분이 좋지 않거나 스트레스를 받으면 음식을 더 많이 먹는다	0	1	2	3	4
5. 식사시간에 음식을 맛있게 먹는다	0	1	2	3	4
6. 식사할 때 대개 배가 부를 때까지 양껏 먹는다	0	1	2	3	4
7. 식사시간이 되면 배고픔을 느끼고 식사를 기다린다	0	1	2	3	4
8. 쉽게 체하는 편이다	0	1	2	3	4
9. 남들보다 식사량이 많은 편이다	0	1	2	3	4
10. 음식을 좋아하고 먹는 것을 즐긴다	0	1	2	3	4
11. 예전에 먹어보지 않았거나 처음 보는 새로운 음식일지라도 맛보는 것을 좋아한다	0	1	2	3	4
12. 평소 남들보다 식사 속도가 빠른 편이다. (10분 이하이면 빠른 편입니다)	0	1	2	3	4
13. 식사 후에 기분이 유쾌하다	0	1	2	3	4
14. 신경을 쓰면 소화가 잘되지 않는다	0	1	2	3	4
15. 몸 상태가 나쁘면 소화가 잘되지 않는다	0	1	2	3	4

다음은 귀하의 평소(일상적으로 가지고 있는) 소변기능에 대한 질문입니다. 각 질문에 대해 해당되는 내용에 표시(○)해 주십시오.

		그렇지 않다	별로 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1.	소변 색이 진하다. (짙은 노란색이나 붉은 색일 경우 진한 편입니다.)	0	1	2	3	4
2.	소변 색이 탁하다. (뿌옇고 흐린 경우 탁한 편입니다.)	0	1	2	3	4
3.	소변에 거품이 있다.	0	1	2	3	4
4.	소변 냄새가 불쾌하거나 심하게 난다. (지린내가 약간 나는 것은 정상입니다)	0	1	2	3	4
5.	소변을 자주 본다. (하루 4-7 회일 경우 보통 입니다.)	0	1	2	3	4
6.	잠을 잘 때 소변 때문에 자주 깬다. (하루 4 회 이상이면 자주 입니다.)	0	1	2	3	4
7.	몸 상태가 나쁠 때 소변 양이 줄어든다.	0	1	2	3	4
8.	소변이 마려운 신호가 왔을 때 참기가 어렵다.	0	1	2	3	4
9.	소변을 본 후 시원하지 않다.	0	1	2	3	4
10.	소변을 시작하기가 힘들다.	0	1	2	3	4
11.	배에 힘을 주어야 소변을 볼 수 있다.	0	1	2	3	4
12.	하루 소변 양이 음수량에 비해 적다.	0	1	2	3	4

다음은 귀하의 평소(일상적으로 가지고 있는) 성격을 알아보기 위한 질문입니다. 각 질문에 대해 해당되는 내용에 표시(○)해 주십시오. 어느 문항이든 맞거나 틀린 답은 없습니다.

1. 주변상황을 모두 고려한 다음에 행동으로 옮긴다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
2. 감정이 잘 드러나지 않는다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
3. 낙천적이라는 말을 종종 듣는다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
4. 다른 사람에 비해 걱정거리가 많다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
5. 쉽게 화내고 쉽게 풀어진단다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
6. 낯선 상황에서도 활발하게 행동하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
7. 조그마한 일에도 쉽게 화내거나 흥분하거나 즐거워한다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
8. 결정을 내리기전에 여러 가지를 고려하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
9. 나는 활동적인 사람이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
10. 나는 착하다는 소리를 듣는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
11. 침착하지 못한 경우가 있다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
12. 꼼꼼하고 세밀하게 주위 상황을 관찰하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
13. 낯선 상황이나 모르는 사람 앞에서 불편해하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
14. 행동하기 전에 항상 그 결과를 먼저 생각해본다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
15. 스스럼없고 불임성이 있다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
16. 나는 자신감 있게 결정하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
17. 남에게 먼저 말을 걸지 않는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
18. 성급하다는 소리를 자주 듣는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
19. 상황에 따라 유연하게 대처하는 편이다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
20. 기분파라는 말을 자주 듣는다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다

---

## 4. 기기 검사 (Measurement)

---

■ 측정실 온습도    . °C   /   . %

가. 요화학 분석		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 중간뇨 채취</b> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> Yes           <input style="width: 30px; height: 20px; margin-left: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> No         </div>	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>■ 요화학 분석 결과</b>		
우로빌리노겐(URO)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	mg/dl
포도당(GLU)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	mg/dl
빌리루빈(BIL)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	mg/dl
케톤체(KET)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	mg/dl
요비중(S.G.)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	
잠혈(BLD)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	RBC/ul
산도(pH)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	
요단백(PRO)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	mg/dl
요아질산염(NIT)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	
백혈구(LEU)	: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	WBC/ul

나. 활성산소 분석		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 활성산소</b> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div>	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	

다. 소변의 색 측정		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 소변의 색(스틱을 담가 가장 투명해보이는 색깔)</b>		
<div style="background-color: #ffffcc; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">1</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	<div style="background-color: #ffff99; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">2</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	<div style="background-color: #ffff66; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">3</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>
<div style="background-color: #ffff33; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">4</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	<div style="background-color: #ffff00; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">5</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	<div style="background-color: #ffcc00; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">6</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>
<div style="background-color: #ff9900; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">7</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	<div style="background-color: #ff6600; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">8</div> <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div>	
<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		

라. 구취 분석	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 황화수소(H<sub>2</sub>S)  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">ng/10mL,</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">ppb</div> </div> </p> <p>■ 메틸메캅탄(CH<sub>3</sub>SH)  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">ng/10mL,</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">ppb</div> </div> </p> <p>■ 미측정 사유:  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin-top: 5px;"></div> </p>	

마. 타액 분비량 측정	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 5분 타액 분비량  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">g</div> </div> </p> <p>■ 미측정 사유:  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin-top: 5px;"></div> </p>	

바. 체온 측정	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 1회차 측정  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">°C</div> </div> </p> <p>■ 2회차 측정  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">°C</div> </div> </p> <p>■ 3회차 측정  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">°C</div> </div> </p>	<p>■ 미측정 사유:  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin-top: 5px;"></div> </p>

사. 피부 유수분 측정	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 이마  수분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> % 유분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 점</p> <p>■ 미측정 사유:  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>■ 양쪽 아래팔  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 왼쪽 수분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> % 유분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 점 </div> <div> 오른쪽 수분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> % 유분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 점 </div> </div> </p> <p>■ 양쪽 위팔  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 왼쪽 수분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> % 유분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 점 </div> <div> 오른쪽 수분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> % 유분 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 점 </div> </div> </p>	

아. 신장 체중 측정		<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 신장</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">cm</div>	<p>■ 체중</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">kg</div>	
<p>■ BMI</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">kg/m<sup>2</sup></div>	<p>■ 미측정 사유: _____</p>	

자. 혈압 측정			
좌수	<input type="checkbox"/> 미측정	우수	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 혈압</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">/</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">mmHg</div>		<p>■ 혈압</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">/</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">mmHg</div>	
<p>■ 맥박 수</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">회/분</div>		<p>■ 맥박 수</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">회/분</div>	
<p>■ 미측정 사유: _____</p>		<p>■ 미측정 사유: _____</p>	

차. 맥진			
좌수	<input type="checkbox"/> 미측정	우수	<input type="checkbox"/> 미측정
<p>■ 맥의 빠르기(지삭)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">회/분</div>		<p>■ 맥의 빠르기(지삭)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">회/분</div>	
<p>■ 맥의 세기(허실)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>		<p>■ 맥의 세기(허실)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>	
<p>■ 맥의 모양(활삭)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>		<p>■ 맥의 모양(활삭)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>	
<p>■ 맥의 깊이(부침)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>		<p>■ 맥의 깊이(부침)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">점</div>	
<p>■ 미측정 사유: _____</p>		<p>■ 미측정 사유: _____</p>	

카. 심박변이도 검사(HRV)		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ TP</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> ms <sup>2</sup>	<b>■ LF</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> ms <sup>2</sup>	
<b>■ HF</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> ms <sup>2</sup>	<b>■ VLF</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> ms <sup>2</sup>	
<b>■ LF/HF ratio</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>		
<b>■ 미측정 사유:</b> <div></div>		

타. 체성분 분석		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 체수분</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> kg	<b>■ 골격근량</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> kg	
<b>■ 체지방량</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> kg	<b>■ 체지방률</b> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> %	
<b>■ 미측정 사유:</b> <div></div>		

파. 대사량 측정		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 안정 시 대사율(Resting Metabolic Rate)</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> kcal/day		
<b>■ 미측정 사유:</b> <div></div>		



하. 환기량 측정		<input type="checkbox"/> 미측정
<b>■ 환기량</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>L/min</div> </div>		
<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

거. 복부 압통 측정		<input type="checkbox"/> 미측정(전체)
Reference 삼각근	<b>■ 통증 역치</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>mm</div> <div style="margin: 0 10px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>kgf</div> </div>	<input type="checkbox"/> 미측정 <input type="checkbox"/> 통증없다
	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
거결	<b>■ 통증 역치</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>mm</div> <div style="margin: 0 10px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>kgf</div> </div>	<input type="checkbox"/> 미측정 <input type="checkbox"/> 통증없다
	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
중완	<b>■ 통증 역치</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>mm</div> <div style="margin: 0 10px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>kgf</div> </div>	<input type="checkbox"/> 미측정 <input type="checkbox"/> 통증없다
	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
관원	<b>■ 통증 역치</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>mm</div> <div style="margin: 0 10px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>kgf</div> </div>	<input type="checkbox"/> 미측정 <input type="checkbox"/> 통증없다
	<b>■ 미측정 사유:</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<b>■ 미측정 사유(전체):</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

너. 설 영상 측정		<input type="checkbox"/> 미측정
■ 담홍 지수 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	■ 설태 지수 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
■ 청자 지수 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	■ 치흔 지수 <input type="text"/> <input type="text"/>	
■ 미측정 사유: _____		

더. K-prism 사상 체질 분석	
K-prism 체형 측정	<input type="checkbox"/> 미측정
<div> <div> <div>■ 이마 둘레</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>.</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>cm</div> </div> <div> <div>■ 늑골 둘레</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>.</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>cm</div> </div> </div> <div> <div>■ 목 둘레</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>.</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>cm</div> </div> <div> <div>■ 허리 둘레</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>.</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>cm</div> </div>	

■ 겨드랑이 둘레

.

cm

■ 장골 둘레

.

cm

■ 가슴 둘레

.

cm

■ 곡골 둘레

.

cm

■ 미측정 사유:

K-prism 사상 체질 분석	
K-prism 음성녹음	
■ 음성 녹음 파일 업로드 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  ■ 미측정 사유: _____	
K-prism 음성 분석 결과	
<div> <div>           ■ 태음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> <div>           ■ 소음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div> <div> <div>           ■ 소양 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div>	
K-prism 설문	
■ K-prism 설문(성격) 작성 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	■ K-prism 설문(소증) 작성 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
■ 미측정 사유: _____	■ 미측정 사유: _____
K-prism 설문 분석 결과	
<div> <div>           ■ 태음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> <div>           ■ 소음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div> <div> <div>           ■ 소양 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div>	
K-prism 종합 분석 결과	
<div> <div>           ■ 태음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> <div>           ■ 소음 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div> <div> <div>           ■ 소양 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> <div>           ■ 태양 특성  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %         </div> </div>	

러. 자세 평가											
[정면 사진]	<input type="checkbox"/> 미측정										
중양선 대비 귀(이침)의 위치											
■ 오른쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 오른쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
■ 왼쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 왼쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
중양선 대비 오웬돌기의 위치											
■ 오른쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 오른쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
■ 왼쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 왼쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
중양선 대비 전상장골극의 위치											
■ 오른쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 오른쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
■ 왼쪽 거리      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m						■ 왼쪽 높이      ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m					
<b>■ 미측정 사유:</b> _____											
[측면 사진]	<input type="checkbox"/> 미측정										
<b>■ 중양선과 무릎 중앙 사이 거리</b> ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m											
<b>■ 중양선과 어깨 중앙 사이 거리</b> ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m											
<b>■ 중양선과 귀 중앙 사이 거리</b> ___ 0. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> m											
<b>■ 미측정 사유:</b> _____											

머. 3D 체형 측정		<input type="checkbox"/> 미측정	
■ 이마 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	■ 목 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
■ 겨드랑이 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	■ 가슴 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
■ 늑골 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	■ 허리 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
■ 장골 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	■ 곡골 둘레	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
■ 전신 부피	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ml	■ 미측정 사유:	<input type="text"/>

버. 전신 체온 측정(DITI)		<input type="checkbox"/> 미측정
앞	뒤	
■ 전체 평균 온도(Avg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C	■ 전체 평균 온도(Avg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C	
■ 표준 편차(SD) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	■ 표준 편차(SD) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
■ 최저 온도(MIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> °C	■ 최저 온도(MIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> °C	
■ 최고 온도(MAX) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> °C	■ 최고 온도(MAX) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> °C	
■ 미측정 사유: <input type="text"/>	■ 미측정 사유: <input type="text"/>	

이상반응 확인	AE
<div><input checked="" type="checkbox"/> 건강검진 중 혹은 직후 의학적인 문제 또는 질병의 상태에 변화가 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes → 이상반응 기록 페이지 작성 바랍니다. <input type="checkbox"/> No</div>	

---

## 5. 이상반응 기록

(Adverse Events Record)

---



SUBJECT NO.	SUBJECT INITIALS
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

가. 이상반응 (본 페이지에 작성할 이상반응이 있습니까?) ☐ 있음 ☐ 없다

이상반응번호	이상반응_	이상반응_
이상반응		
시작일 (YY/MM/DD)		
소실일 (YY/MM/DD)		
증대한 이상반응여부	<input type="checkbox"/> 예 ▶SAE 보고서 작성 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 ▶SAE 보고서 작성 <input type="checkbox"/> 아니오
중증도 (이상반응 정도)	<input type="checkbox"/> 경도 (Mild) <input type="checkbox"/> 중등도 (Moderate) <input type="checkbox"/> 중증 (Severe)	<input type="checkbox"/> 경도 (Mild) <input type="checkbox"/> 중등도 (Moderate) <input type="checkbox"/> 중증 (Severe)
인과관계	<input type="checkbox"/> 명확히 관련있음 (definitely related), <input type="checkbox"/> 관련 있다고 생각됨 (probably related), <input type="checkbox"/> 관련 있을 가능성 있음 (possibly related), <input type="checkbox"/> 관련이 없다고 생각됨 (probably not related), <input type="checkbox"/> 명확히 관련 없다 (definitely not related), <input type="checkbox"/> 불명 (Unknown)	<input type="checkbox"/> 명확히 관련있음 (definitely related), <input type="checkbox"/> 관련 있다고 생각됨 (probably related), <input type="checkbox"/> 관련 있을 가능성 있음 (possibly related), <input type="checkbox"/> 관련이 없다고 생각됨 (probably not related), <input type="checkbox"/> 명확히 관련 없다 (definitely not related), <input type="checkbox"/> 불명 (Unknown)
다른 취해진 조치	<input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 치료 약물 병용 투여 <input type="checkbox"/> 비약물 치료 <input type="checkbox"/> 입원/입원 기간의 연장	<input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 치료 약물 병용 투여 <input type="checkbox"/> 비약물 치료 <input type="checkbox"/> 입원/입원 기간의 연장
이상반응 결과	<input type="checkbox"/> 회복됨 <input type="checkbox"/> 회복되었으나 후유증 남음 <input type="checkbox"/> 회복중 <input type="checkbox"/> 회복되지 않음 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 판정불능	<input type="checkbox"/> 회복됨 <input type="checkbox"/> 회복되었으나 후유증 남음 <input type="checkbox"/> 회복중 <input type="checkbox"/> 회복되지 않음 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 판정불능

시험자 서명

시험자 성명 : \_\_\_\_\_ (서명)

서명일

Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

SUBJECT NO.	SUBJECT INITIALS
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

## 6. 증례 결론 【Case Conclusion】

● 연구 종료일 : 

Y

Y

Y

Y

년 

M

M

월 

D

D

일

● 연구 참가자는 연구 계획서에 따라 연구를 종료했습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니오 (아래에 기록해 주세요)

### ➔ 연구 중단사유

- ☐ 스크리닝 이후 연구대상자 선정/제외기준에 부적합으로 판명된 경우
- ☐ 연구 참여 중 연구대상자 또는 법정 대리인이 동의를 철회하는 경우
- ☐ 연구 참여 중 연구대상자 또는 법정 대리인이 연구 중단을 요구하거나 검사측정을 거부하는 경우
- ☐ 연구 담당자 및 책임자가 판단할 때 연구 과정의 이상반응 또는 병발질환으로 인해 더 이상 연구 참여가 불가능하다고 판단되는 경우
- ☐ 기타 중대한 연구계획서를 위반한 경우
- ☐ 기타 연구 담당자 및 책임자의 판단에 의해 연구의 진행이 적합하지 못하다고 판단되는 경우

▶ 기타 사유 :

## 연구 책임자 최종 확인

대상자는 연구 기간 중 본인의 감독 하에 있었으며, 본 증례기록서에 포함된 정보와 자료는 완벽하며 정확합니다.

연구책임자 서명 \_\_\_\_\_

날짜 

Y

Y

Y

Y

M

M

D

D