

건강검진 문진표

Hanaro Medical Foundation Health Promotion Center

+1101+

+1101+

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

올해 국가검진 대상자의 경우,

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

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

문진표 작성요령

※ 표기는 검정색 볼펜이나 검정색싸인펜을 사용하시고,

체크칸() 안에 진하고 정확하게 표시해 주십시오. (예 ■, ●, ☒, ☑ 모두가능) (예시: ☒ (O) ☐ (X))



올바른 표기법

예) 과거에 건강진단을 받은 적이 있습니까?

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



잘못된 표기법

예시 1) ☐ 1년 이내 예시 2) ☐ 예시 3) ☐ 예시 4) ☐

※ 체크박스 안으로 표시해 주십시오.

※ 아래 체크칸에 닿지 않게 해주십시오.

※ 옆의 체크칸에 닿지 않게 해주십시오.

※ 잘못 표기시 꼭! 수정테이프를 사용해 주십시오

건강검진결과 수령 방법(택일)

- ☐ 내원상담 (외래진료) ☐ 우편발송 (지면(종이) 결과지로 보관)
- ☐ E-mail (빠른결과 관리, 검진결과 영구보관, 자연환경 보호)

※ 건강검진결과를 이메일로 수령하는 경우 지면(종이)결과지는 제공하지 않습니다.

※ 영문 소문자, 숫자 등 철자를 식별하기 쉽게 정확히 기재하시기 바랍니다.

혈액형

☐ A형 ☐ B형 ☐ AB형 ☐ O형 ☐ 모른다

RH인자 (☐ 음성 ☐ 양성)

여성의 경우, 해당사항을 체크해 주십시오.

- ◆ ☐ 미혼 ☐ 기혼 ◆ 생리여부 ☐ 유 → 마지막생리시작일 20 년 월 일
- ☐ 무 → ☐ 폐경 ☐ 수술 ☐ 기타사유 : _____
- ◆ 현재 수유중 ☐ 유 ☐ 무 ◆ 현재 임신중일 가능성 있음 ☐ 유 ☐ 무 (확인 동의 서명 : _____)



월촌하나로의료재단
HANARO MEDICAL FOUNDATION

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

※ 건강대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

| | | | |
|----|--|------|--|
| 성명 | | 생년월일 | |
|----|--|------|--|

01 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

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

| 질병명 | 뇌졸중 (중풍) | 심장병 (심근경색/협심증) | 고혈압 | 당뇨병 | 이상지질혈증 | 폐결핵 | 기타 (암포함) |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 진단여부 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 약물치료 여부 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오

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

☐ 뇌졸중(중풍) ☐ 심장병(심근경색/협심증) ☐ 고혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 기타(암포함)

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

02 흡연 관련 문항

4. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

4-1. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

- ☐ 아니오 (➡ 5번 문항으로 가십시오)
☐ 예, 지금은 끊었음 (➡ 4-2번 문항으로 가십시오)
☐ 예, 현재도 흡연 중 (➡ 4-3번 문항으로 가십시오)

4-2. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면 금연 전까지 담배를 피우신 기간과 하루 흡연량을 표시해 주세요.

4-3. 현재도 흡연을 하신다면 현재 흡연기간과 하루 흡연량을 표시해 주세요.

※ 자리수를
구분하여
표시해
주십시오.

| 총 흡연기간: 년 | | | 하루 흡연량: 개비 | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 십단위 | 일단위 | | 십단위 | 일단위 |
| 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※ 자리수를
구분하여
표시해
주십시오.

| 총 흡연기간: 년 | | | 하루 흡연량: 개비 | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 십단위 | 일단위 | | 십단위 | 일단위 |
| 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

03 음주 관련 문항

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

5-1. 1주일에 **평균 며칠**이나 술을 마십니까?

☐ 안마심 (→ 6번 문항으로 가십시오)

☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일
☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일
☐ 7일

5-2. 술을 드실 때 보통
하루에 얼마나 마십니까?

※ 자리수를 구분하여
표시해 주십시오.

※ 술 종류에 관계없이
각각의 술잔으로 계산합니다.
단, 캔맥주 1개(355cc)는
맥주 1.6잔과 같습니다.)

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

04 신체활동(운동) 관련 문항

6. 아래 문항을 읽고 **지난 1주일간 활동 상태에 해당**하는 내용에 표시해 주십시오.

6-1. 최근 1주일간, 평소보다 숨이 훨씬 더 차게 만드는 격렬한 활동을, 하루 20분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?
(예: 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 등산 등)

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일

6-2. 최근 1주일간, 평소보다 숨이 조금 더 차게 만드는 중간정도 활동을, 하루 30분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?
(예: 빠르게 걷기, 복식 테니스 치기, 보통 속도로 자전거 타기, 옆드려 걸레질하기 등) ※ 6-1 응답에 관련된 신체활동은 제외

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일

6-3. 최근 1주일간, 한 번에 적어도 10분 이상씩 걸은 경우를 합하여, 하루 총 30분 이상 걸은 날은 며칠이었습니까?
(예: 가벼운 운동, 출퇴근이나 여가 시간에 걷기 포함) ※ 6-1, 6-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일

05 기분상태 관련 문항

7. 최근 일주일 동안 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 **해당하는 내용에 표시해 주십시오.**

| 최근 일주일간 나는 | 극히 드물었다 (일주일간 1일 이하) | 가끔 있었다 (일주일간 2~3일) | 종종 있었다 (일주일간 3~4일) | 대부분 그랬다 (일주일간 5일 이상) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴진다. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 어느 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 상당히 우울했다. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | |
|----|--|------|--|
| 성명 | | 생년월일 | |
|----|--|------|--|

01 암검진(공통) 관련 문항



반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

☐ 예 (증상 : _____) ☐ 아니오

2. 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

☐ 아니오 ☐ 체중감소 - ☐ 5kg ☐ 6kg ☐ 7kg ☐ 8kg ☐ 9kg ☐ 10kg 이상 ()kg

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

| 암의 종류 | 없다 | 모르겠다 | 있 다 (복수선택 가능) | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 본인 | 부모 | 형제 | 자매 | 자녀 |
| 위암 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 유방암 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 대장암 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 간암 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 자궁경부암 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 기타 (_____ 암) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

| 검 사 명 | | 검사 시기 | | | |
|-------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 10년 이상 또는 한적 없음 | 1년 미만 | 1년 이상~2년 미만 | 2년 이상~10년 미만 |
| 위암 | 위장 조영 검사 (위장 X선 촬영) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 위내시경 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 유방암 | 유방 촬영 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 대장암 | 분변 잠혈 반응 검사 (대변 검사) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 대장 이중 조영 검사 (대장 X선 촬영) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 대장 내시경 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 자궁경부암 | 자궁경부세포검사 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 간암 | 간 초음파 | 한적 없음 | 6개월 이내 | 6개월에서 1년 사이 | 1년보다 오래 전에 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

02 위암, 대장암, 간암 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

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

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

| 질환명 | 대장용종(폴립) | 궤양성 대장염 | 크론병 | 치질(치핵,치열) | 기타 | 없음 |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 질환유무 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

| 질환명 | B형간염 바이러스보유자 | 만성 B형간염 | 만성 C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 질환유무 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | |
|----|--|------|--|
| 성명 | | 생년월일 | |
|----|--|------|--|

01 유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성분만 작성)

반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ☐ 월경 했음
☐ 초경이 없었음

※ 자리수를 구분하여
표시해 주십시오.

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

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ☐ 아직 월경이 있음
☐ 자궁 적출술을 하였음
☐ 폐경 되었음

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

※ 자리수를
구분하여
표시해
주십시오.

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

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

11. 자녀를 몇 명 출산 하셨습니다?

- ☐ 1명 ☐ 2명 이상 ☐ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유 기간은?

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

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

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

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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

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

| | |
|------|--|
| 성명 | |
| 생년월일 | |

**반드시 테두리
안쪽에 표기해 주십시오**

01 예방접종 관련 문항

(만 66세 대상자만 작성)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

02 일상생활 수행능력 관련 문항

(만 66세 대상자만 작성)

2. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 **해당하는 내용에 표시해 주십시오.**

- 2-1. 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 2-2. 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 2-3. 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 2-4. 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 2-5. 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 2-6. 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의
 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

03 기분상태 관련 문항

(만 66세 대상자만 작성)

3. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 **해당하는 내용에 표시해 주십시오.**

- 3-1. 요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 3-2. 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 3-3. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

04 낙상 및 배뇨장애 관련 문항

(만 66세 대상자만 작성)

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월간 넘어진 적이 있습니까?..... ☐ 예 ☐ 아니오
 5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나
 소변을 지릴 경우가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

05 인지기능 관련 문항

※ 동행한 가족이 있으면 가족이 작성, 없으면 본인이 작성

(만 66, 70세, 74세 대상자만 작성)

6. 1년 전과 비교하여, 현재 상태에 **해당하는 내용에 표시해 주십시오.**

| | 아니다 | 가끔 그렇다 | 자주 그렇다 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 자신의 기억력이 친구나 동료들에 비해 못하다고 생각하십니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 자신의 기억력이 1년 전에 비해 더 나빠졌다고 생각하십니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 중요한 일을 하는데 있어서도 기억력이 문제가 되는 경우가 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 자신의 기억력이 떨어진 것을 남들도 알고 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 잘해오던 일상적인 일하는데 예전보다 서툴러졌다고 생각하십니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

★ 내시경검사 하시는 분만 작성해 주십시오.

[내시경검사 문진 및 동의서]

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

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

년 월 일

주민등록번호 _____ 성명 _____ (서명 또는 인)

★ 수면 내시경검사 하시는 분만 작성해 주십시오.

[의식하 진정(수면)내시경검사 동의서]

» 의식하 진정(수면) 내시경검사

내시경검사를 수행함에 있어 수검자의 심리적 불안감 및 신체적 불편감을 최소화시키기 위하여 검사 전, 정맥을 통한 진정제의 투여로 수검자를 의식하 진정(수면)상태에 도달하게 한 후 본 검사를 진행합니다.

» 의식하 진정(수면) 내시경검사가 불가능한 경우

미다졸람 및 벤조디아제핀계에 과민한 경우, 알코올 중독, 항정신성약물(수면제, 진통제 등) 중독, 간·심장질환자, 급성늑내장환자, 만성신부전환자, 수면시 무호흡증후군 환자, 고령 및 심신쇠약, 기타 특이체질

※ 위 내용과 관련하여 의심되거나 유사한 징후가 있는 경우, 사전에 필히 말씀하여 주시기 바랍니다.

» 부작용 및 합병증

의사가 의학적 판단에 따라 검사의 전 과정이 정상적으로 진행되었음에도 불구하고, 드물게 다음과 같은 경우가 있을 수 있습니다.

- 적정량의 약제를 투여하였으나, 목적인 정도의 의식하 진정상태에 도달하지 못하거나 심한 역반응을 나타내는 경우 또는 목적인 정도의 의식하 진정상태에 도달하였음에도 불구하고 검사 시의 통증이 경감되지 않았다고 느끼는 경우
※ 이 경우, 정상적으로 비용이 청구되는 점 양해바랍니다.
- 극히 드물게 호흡곤란이나 의식저하 등으로 인하여 응급처치를 요하게 될 수 있으며, 일시적인 빈맥, 혈압저하, 시각장애, 구토, 졸음, 주의력·반사능력저하, 부분적인 기억력 저하가 나타날 수 있습니다.
※ 상기 증상이 수 일 이상 지속되거나, 그 정도가 심한 경우 진료를 요합니다.

- ▶ 본 검사는 전문의료진의 철저한 관리·감독 하에 진행됩니다.
- ▶ 약제를 투여한 후, 목적인 정도의 의식하 진정(수면)상태에 도달되어야 내시경검사를 시행합니다.
- ▶ 적정량의 약제를 투여하였음에도 불구하고 목적인 정도의 의식하 진정상태에 도달되지 않을 경우, 의사의 의학적 판단에 따라 추가 용량을 투여하거나 다른 약제를 병행하여 투여할 수 있습니다.
- ▶ 의식하 진정(수면) 내시경검사가 불가능한 경우 또는 그와 관련하여 치료 중인 경우에는 의사의 의학적 판단에 따라 시행여부를 결정합니다.
- ▶ 본 검사를 진행하는 도중에 부작용 및 합병증이 나타날 경우, 즉각적으로 의사의 의학적 판단에 따라 적절한 처치가 이루어집니다.
- ▶ 검사 당일, 자가운전 및 과도한 심신활동(격한 운동, 과로 등)을 삼가시기 바랍니다.

본인은 본 검사의 문진 및 동의서 상에 기재된 대로 병력 및 체질에 관한 사항을 고지하였으며, 상기 내용과 본인의 특이체질 및 불가항력적인 사유로 합병증 또는 우발적 사고가 발생할 수 있다는 점을 잘 이해하였고, 이에 동의하며, 본 검사를 서면으로 신청합니다.

년 월 일

주민등록번호 _____ 성명 _____ (서명 또는 인)