

# **암예방검진센터 건강기록지**

본 건강기록지는 귀하의 건강 상태를 정확히 파악하고 생활 습관 질환 및 암의 위험 요인을 예측하는 중요한 자료입니다. 정확하고 안전한 검사와 최상의 진료 및 상담을 위해서 1차적으로 필요한 자료이며 부가적으로 암예방과 관련된 연구에도 유용합니다. 응답하신 건강기록지의 신상에 관한 내용은 철저히 비밀이 유지됩니다. 각 문항을 자세히 검토하신 후 정확하게 작성해주시길 부탁드립니다.

본 건강기록지를 진료 및 상담에 이용 후 연구에 활용하는 것에 동의하십니까?

동의함    ☐    성명 \_\_\_\_\_ 인

「아래의 내용은 필수입력 사항이 아닙니다」

등 록 번 호		이   메   일	
휴 대 전 화		전 화 번 호 (실제 거주지)	직장 (   )   - 집 (   )   -
주 소 (실제 거주지)	(우편번호 :       -       )		
직 장 주 소	(우편번호 :       -       )		

**국립암센터 암예방검진센터**

전화 : 031-920-1212    팩스 : 031-920-0451



## I. 건강검진 관련

1. 지금까지 병, 의원에서 다음과 같은 검사나 시술을 받은 경험이 있으시면 해당항목에 표시해 주십시오.

검진여부		검진명	검진이유		처음 검사 받은 연도	마지막 검사 받은 연도
있다	없다		이상증상	정기검진		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	위내시경	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	위조영술(상부위장관조영)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대장내시경	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대장조영술	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대변잠혈검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	복부초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	알파태아단백검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	전립선특이항원(PSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방진찰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방촬영술	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	자궁경부암검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

## II. 과거병력 관련

2. 혹시 귀하께서는 병원에서 암을 진단받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오(3번 문항으로)

2-1. 있으셨다면 어떤 암인지 기입해주시고, 처음 진단받은 연도를 표시해 주십시오.  
(여러 개의 암일 경우는 모두 적어 주세요)

암종류	진단연도	치료받은 방법		
		<input type="radio"/> 약물요법 <input type="radio"/> 수술요법 <input type="radio"/> 면역(유전자)요법 <input type="radio"/> 골수 이식 <input type="radio"/> 내시경적 절제술 <input type="radio"/> 방사선요법 <input type="radio"/> 대체요법 <input type="radio"/> 기타(        ) <input type="radio"/> 없음		
		<input type="radio"/> 약물요법 <input type="radio"/> 수술요법 <input type="radio"/> 면역(유전자)요법 <input type="radio"/> 골수 이식 <input type="radio"/> 내시경적 절제술 <input type="radio"/> 방사선요법 <input type="radio"/> 대체요법 <input type="radio"/> 기타(        ) <input type="radio"/> 없음		

3. 암 이외에 다른 질환을 진단받은 적이 있습니까?

☐ 예(3-1번 문항으로)

☐ 아니오

3-1. 있으셨다면 다음 중 해당 질환을 아래 표를 참고하여 표시해주시고, 처음 진단받은 연도와 현재 치료여부를 모두 표시해 주십시오.

있음	질환명	처음 진단연도	현재 치료 중	치료받은 적 있으나 현재 치료하지 않음	치료받은 적 없음
<input type="radio"/>	고혈압		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	당뇨병		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	고지혈증		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	심근경색		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	협심증		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	부정맥, 판막질환		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	뇌졸중(중풍)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	위염		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	위궤양		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	십이지장궤양		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	식도염		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	과민성 장증후군		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	대장용종(폴립)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	염증성 장질환		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	지방간		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	B형 간염		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	C형 간염		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	간경변증(간경화)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	천식, 기관지염		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	폐결핵		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	갑상선기능저하증		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	갑상선기능항진증		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	갑상선 결절		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	전립선비대증		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	유방양성질환		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	기타(질환명: )		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	기타(질환명: )		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Ⅲ. 수술력 관련

4. 귀하께서는 과거에 수술이나 치료에 관련된 시술을 받으신 적이 있습니까?

- ☐ 예(4-1번 문항으로) ☐ 아니오

4-1. 있으셨다면 어떤 수술을 받으셨습니까? 모두 기입해 주십시오.

수술부위	수술/시술명	해당연도

### Ⅳ. 약물 복용력 관련

5. 현재 정기적으로 복용 중인 약물이나 영양제가 있습니까? (한약, 건강기능식품 등 포함)

- ☐ 예(만약 '예' 라면 아래에 자세히 기입해 주십시오) ☐ 아니오 ☐ 모름

종류	복용여부		이름 (아시는 경우)	총 복용기간	종류	복용여부		이름 (아시는 경우)	총 복용기간
	예	아니오				예	아니오		
혈압약	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	소화제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
심장약	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	궤양치료제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
아스피린	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	골다공증치료제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
항응고제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	항우울제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
당뇨약	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	진정수면제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
고지혈증약	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월	진통소염제	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		___년___개월
기타				___년___개월	기타				___년___개월

### Ⅴ. 음주, 흡연관련

6. 술을 마신 적이 있습니까? 마신 적이 있으시다면 지금까지 총 몇 년간 드셨는지 표시해 주십시오.

- ☐ 예, 지금도 마십니다.(총 \_\_\_\_\_년)
- ☐ 예, 하지만 지금은 끊었습니다.  
( \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_개월 동안 마시고, \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_개월 전에 끊었습니다.)
- ☐ 아니오, 원래 안 마십니다.



## ● VII. 가족력 관련

10. 가족이나 친척 중에 암을 진단 받으신 분이 계십니까?

- ☐ 예(있으시다면 누가, 무슨 암을 진단 받았는지 모두 기입해 주십시오.) ☐ 아니오

암종류	본인과의 관계				기타(예: 할아버지, 할머니, 사촌 등)	
	부	모	형제·자매	자녀		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	관계:
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	관계:
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	관계:
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	관계:
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	관계:

## ● VIII. 간염 및 헬리코박터 균 감염 관련

11. 귀하께서는 과거에 간염예방접종을 받으신 적이 있으십니까? 처음 간염예방접종 당시 나이를 표시해 주십시오.

- ☐ 예 (만 \_\_\_\_\_ 세) ☐ 아니오 ☐ 모름

11-1. 귀하의 현재 B형 간염 감염 상태는?

- ☐ 간염균이나 항체가 모두 없다 ☐ 항체가 있다(면역력이 생겨 방어력이 있음)  
☐ 항원이 있다(간염보유자임) ☐ 모른다

12. 귀하는 과거에 헬리코박터균의 검사를 받으신 적이 있으십니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

12-1. “예”인 경우 검사 결과는 어떠하였습니까?

- ☐ 양성(균이 있음) ☐ 음성(균이 없음) ☐ 모름

12-2. 헬리코박터균 검사가 양성이었다면 치료(제균치료)를 받으신 적이 있습니까?

- ☐ 치료받은 적 없음 ☐ 치료 받고 음성 판정 받음  
☐ 치료받았으나 음성으로 되었는지 확인하지 않음 ☐ 잘 모름

## IX. 위장관 증상

13. 다음의 위장관 증상에 대해 해당사항을 표시해 주십시오.

증상	있다	없다	증상빈도		
			월 1~2회	주 1~2회	주 3~4회 이상
가슴이 쓰림/따가움 명치 부분이 타는 듯한 통증 및 불편감	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
신물이 올라옴, 생물이 오름	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
목이 자주 씹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
목에 이물감이나 음식물이 명치 윗부분에 걸린 느낌	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지속적 기침	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 대장내시경을 받으실 예정이십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

14-1. 대장내시경을 받으시려는 이유는 무엇입니까?

검사 이유	
<input type="radio"/> 1. 무증상 건강검진 (생애 첫 검사 <input type="radio"/> / 과거검사상 정상 <input type="radio"/> ____ 년전)	<input type="radio"/> 10. 항문출혈(선홍색 <input type="radio"/> /검붉은색 <input type="radio"/> )
<input type="radio"/> 2. 전신쇠약	<input type="radio"/> 11. 혈변(선홍색 <input type="radio"/> /자장색 <input type="radio"/> /기타: _____ )
<input type="radio"/> 3. 빈혈증상(어지러움, 숨참 등)	<input type="radio"/> 12. 점액변(변에 코 같은 것이 묻어 나온다)
<input type="radio"/> 4. 체중감소	<input type="radio"/> 13. 배에 가스가 찬다
<input type="radio"/> 5. 복통 (윗배 <input type="radio"/> /아랫배 <input type="radio"/> /우측옆구리 <input type="radio"/> /좌측옆구리 <input type="radio"/> )	<input type="radio"/> 14. 항문질환 (치질 <input type="radio"/> /치열 <input type="radio"/> /통증 <input type="radio"/> /기타: _____ )
<input type="radio"/> 6. 변비(만성 <input type="radio"/> /6개월 이내의 급성 <input type="radio"/> )	<input type="radio"/> 15. 변이 가늘대(최근 <input type="radio"/> /오래됨 <input type="radio"/> )
<input type="radio"/> 7. 설사(6개월 이상의 만성 <input type="radio"/> /급성 <input type="radio"/> )	<input type="radio"/> 16. 대장용종 (제거 후 추적검사 <input type="radio"/> 발견 후 제거를 하지 않아 검사 <input type="radio"/> )
<input type="radio"/> 8. 변비와 설사가 반복된다	<input type="radio"/> 17. 대장용종을 제거했던 경우 조직검사 결과 (선종 <input type="radio"/> /암 <input type="radio"/> /모름 <input type="radio"/> /기타: _____ )
<input type="radio"/> 9. 변을 보고 나서 개운치 않고 덜 본 것 같다 (최근 <input type="radio"/> /오래됨 <input type="radio"/> )	

## X. 일반적 사항 관련

15. 귀하의 결혼상태는 어디에 해당하십니까?

☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 별거  
☐ 사별 ☐ 동거 ☐ 이혼 ☐ 기타

16. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 학교에 다니지 않았다       | <input type="radio"/> 초등학교 중퇴           |
| <input type="radio"/> 초등학교 졸업 또는 중학교 중퇴 | <input type="radio"/> 중학교 졸업 또는 고등학교 중퇴 |
| <input type="radio"/> 고등학교 졸업           | <input type="radio"/> 기술(전문)학교 졸업       |
| <input type="radio"/> 대학교 중퇴            | <input type="radio"/> 대학교 졸업            |
| <input type="radio"/> 대학원 이상            |   |

17. 귀하는 현재 어떤 일에 종사하고 계십니까?

<input type="radio"/> 국회의원, 고위임원직 및 관리자	의회의원 및 고위임원, 행정 및 경영 관리자, 일반관리자 등
<input type="radio"/> 전문가	과학전문가, 컴퓨터관련 전문가, 공학전문가, 보건의로 전문가, 교육전문가, 행정/경영 및 재정 전문가, 법률/사회서비스 및 종교전문가, 문화/예술 및 방송관련 전문가 등
<input type="radio"/> 기술공 및 준전문가	과학관련 기술종사자, 컴퓨터관련 준전문가, 공학관련 기술종사자, 보건의로 준전문가, 교육 준전문가, 경영 및 재정 준전문가, 사회서비스 및 종교 준전문가, 예술/연예 및 경기 준전문가, 기타 준전문가 등
<input type="radio"/> 사무직	일반사무 관련 종사자, 고객센터 서비스 종사자 등
<input type="radio"/> 서비스 종사자	대인서비스 관련 종사자, 조리 및 음식 서비스 종사자, 여행 및 운송 관련 종사자, 보안 서비스 종사자 등
<input type="radio"/> 판매 종사자	도소매 판매 종사자, 통신 판매 종사자, 모델 및 홍보 종사자, 보험 및 부동산 등
<input type="radio"/> 농업, 임업 및 어업 숙련 종사자	농업 숙련종사자, 임업 숙련종사자, 어업 숙련종사자 등
<input type="radio"/> 기능원 및 관련기능 종사자	추출 및 건설 기능종사자, 금속, 기계 및 관련 기능 종사자, 기계설치 및 정비 기능 종사자, 정밀 기구/세공 및 수공업 종사자, 기타 기능원 및 관련기능 종사자 등
<input type="radio"/> 장치, 기계조작 및 조립 종사자	고정기계장치 및 시스템 조작 종사자, 기계 조작용 및 관련 종사자, 조립 종사자, 운전원 및 관련 종사자 등
<input type="radio"/> 단순노무 종사자	서비스 관련 단순노무 종사자, 농림어업 관련 단순노무 종사자, 제조관련 단순노무 종사자, 광업/건설 및 운송 관련 단순노무 종사자 등
<input type="radio"/> 군인	
<input type="radio"/> 주부 및 가사종사자	
<input type="radio"/> 무직	
<input type="radio"/> 기타( )	

18. 귀 가정의 월 평균 총 수입은 어느 정도 입니까?

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 100만원 미만  | <input type="radio"/> 100~200만원 | <input type="radio"/> 200~400만원 |
| <input type="radio"/> 400~700만원 | <input type="radio"/> 700만원 이상  | <input type="radio"/> 기타( )     |
| <input type="radio"/> 잘 모름      |                                 |                                 |



● 여성분들만 응답해 주세요

19. 초경나리와 규칙적으로 생리를 시작한 나이를 만나리로 표시해 주십시오.

초경 연령	규칙적으로 생리를 시작한 연령
만 _____ 세	만 _____ 세

- ☐ 모름  
☐ 아직 생리가 없음

\* 폐경이 되신 분들도 기입해 주십시오.

- 19-1. 생리 주기가 규칙적인 편입니까? ☐ 예(평균 \_\_\_\_\_ 일, 예사:28일) ☐ 아니요  
 19-2. 생리하는 기간은 일정합니까? ☐ 예(평균 \_\_\_\_\_ 일, 예사:7일) ☐ 아니요  
 19-3. 마지막 생리 시작 일을 표시해 주십시오. \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 ☐ 폐경

20. 폐경이 되신 분만 대답해 주십시오.

20-1. 폐경이 되신 연령과 폐경이 된 사유를 표시해 주십시오.

폐경 연령	폐경이 된 사유
만 _____ 세	<input type="radio"/> 자연폐경(나이가 들어서) <input type="radio"/> 수술(자궁/난소적출술) <input type="radio"/> 방사선치료 <input type="radio"/> 약물치료 <input type="radio"/> 기타

20-2. 폐경 이후 여성호르몬 약의 사용여부와, 사용하신 경우에는 사용기간을 표시해 주십시오.

폐경 연령	사용 기간
<input type="radio"/> 예, 지금도 사용하고 있다 <input type="radio"/> 예, 지금은 사용하지 않는다 <input type="radio"/> 아니요	_____ 년 _____ 개월

21. 임신 경험이 있으신 분은 다음 해당 사항에 표시해 주십시오.

총 임신 횟수	자연유산 횟수	인공유산 횟수	사산 횟수	질식(정상)분만횟수	제왕절개 횟수

21-1. 첫 임신연령과 첫 만삭분만(37~42주) 연령, 마지막 분만연령을 표시해 주십시오.

첫 임신연령	첫 만삭분만 연령	마지막 분만 연령
만 _____ 세	만 _____ 세	만 _____ 세

21-2. 임신성당뇨증으로 진단 받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

22. 아기에게 직접 자신의 젖(모유)을 먹인 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

23. 먹는 피임약을 써본 적이 있습니까?

- ☐ 예, 지금 사용한다. ☐ 예, 그러나 지금은 사용하지 않는다. ☐ 아니요

23-1. 몇 세 때 복용을 시작하였습니까? 만 \_\_\_\_\_ 세 ☐ 모름

23-2. 총 복용 기간은 얼마입니까? \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 개월 ☐ 모름

● 55세 이상 남성분들만 응답해 주세요

24. 다음과 같은 소변과 관련된 증상들에 있어서 귀하의 최근 상태에 해당되는 번호를 골라 번호에 표시하여 주십시오. 이 자료는 귀하의 치료과정에 있어 매우 중요하게 활용되어질 것이므로 최대한 정확하게 기록하여 주시면 고맙겠습니다.

증상	없다	있다				
		5번중 1번	5번중 1~2번	5번중 2~3번	5번중 3~4번	거의 항상 그렇다
1. 최근 소변을 다 보고난 후에도 아직 소변이 남아 있어서 시원치 않은 느낌이 드는 경우가 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤
2. 최근 한 번 소변을 다 보고 난 후에 2시간 이내에 다시 소변을 보게 되는 경우가 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤
3. 최근 한 번 소변을 보는 중간에 소변이 뚝 끊어 졌다가 다시 힘을 주어야 소변이 나오는 경우가 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤
4. 최근 소변을 오래 참기가 어렵다고 느낀 적이 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤
5. 최근 소변 줄기가 힘이 없고 약해 졌다고 느낀 적이 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤
6. 최근 소변을 보려고 할 때 한동안 애를 쓰거나 아랫배에 힘을 주어야 소변이 나오기 시작하는 경우가 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤

  

증상	없다	있다				
		1번	2번	3번	4번	5번
7. 최근 밤에 잠을 자다가 소변을 보기 위해 잠에서 깨어야 하는 경우가 하루 밤에 몇 번 있습니까?	①	①	②	③	④	⑤

의료인 작성사항 TOTAL-PSS SCORE =

	완전히 만족 할 것이다	매우 만족할 것이다	어느정도 만족할 것이다	그저 그렇다	어느정도 불편할 것이다	불편할 것이다	매우 불편하여 걱정하게 될 것이다
만일 현재와 같은 상태로 소변을 보면서 앞으로의 인생을 살아간다면 어떻게 됩니까?	①	①	②	③	④	⑤	⑥

의료인 작성사항 Quality of life assessment index L =

# M E M O