

검진자 코호트 설문지

우리나라 사망원인의 1위는 암입니다. 전체 사망자 중 약 27%가 암으로 인한 사망자이며, 매년 많은 수의 새로운 암 환자가 발생하고 있습니다. 암은 발생 이후에 치료하는 것 보다는 발생 이전에 미리 예방하는 것이 환자와 가족의 고통 및 부담을 줄일 수 있는 방법입니다. 암 예방을 위해서는 그 원인을 알고 이를 관리하는 것이 중요한데, 현재 국립암센터에서는 이러한 암 예방을 위한 진료, 연구, 암 관리사업 등이 진행 중에 있습니다. 이와 관련하여 본 센터에서는 건강검진을 하기 위해서 내원하시는 분들을 대상으로 심층적인 건강 설문조사를 수행하여 암 검진 진료 시 도움이 되는 기초 자료로 활용하고, 향후 암 발생 여부를 조사함으로써 암과 위험요인 간의 원인적 연관성 관계를 밝히고자 합니다.

본 설문지의 내용은 별도로 작성하신 동의서 내용에 따라 활용되며 개인 신상에 관한 정보는 철저히 비밀이 유지됨을 알려드립니다. 설문지에 포함된 각 문항들을 자세히 검토하신 후 정확하게 답변해 주셔서, 귀하의 건강상태를 정확히 파악하고 암 위험요인을 규명하는데 중요한 자료로 사용될 수 있도록 협조 부탁드립니다.

등 록 번 호		방 문 일 자	
성 명		주민등록번호	-
휴 대 전 화		실 생 제 년 월 일	____년 ____월 ____일 (양력 ○ 음력 ○)
전 화 번 호 (실 제 거 주 지)	직장 () - 집 () -		
주 소 (실 제 거 주 지)	(우편번호 : -)		
조 사 일 시			

국립암센터 암예방검진센터

전화:031-920-1313



I. 건강검진 관련

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

검진여부		검사명	검진이유		평생동안 받은 총 횟수	검진결과		처음 검사 받은 연도	마지막 검사 받은 연도
있다	없다		이상 증상	정기 검진		정상	정상 이외의 결과		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	위내시경	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 위염 <input type="radio"/> 궤양 <input type="radio"/> 식도염 <input type="radio"/> 암 <input type="radio"/> 용종 <input type="radio"/> 기타()		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	위조영술 (상부위장관조영)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대장내시경	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대장조영술	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	대변잠혈검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	직장진찰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	복부 초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	알파태아단백검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	전립선특이항원 (PSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	전립선생검	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	전산화단층촬영 (CT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>		촬영부위	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	자기공명영상촬영 (MRI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>		촬영부위	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	양전자단층촬영 (PET)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>		촬영부위	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	갑상선혈액검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 기능저하 <input type="radio"/> 기능항진 <input type="radio"/> 기타()		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	갑상선초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 결절 <input type="radio"/> 암 <input type="radio"/> 기타()		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방진찰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방촬영술	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	유방초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	자궁경부암검사	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	산부인과초음파	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	산부인과골반진찰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	인유두종바이러스 (HPV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____회	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 비정상(양성) <input type="radio"/> 결과 모름 <input type="radio"/> 이전 양성에서 음성으로 됨		

II. 과거병력 관련

2. 혹시 귀하께서는 병원에서 암을 진단받으신 적이 있습니까?

- ☐ 있다 ☐ 없다 (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"/> 골수이식	<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"/> 골수이식	<input type="radio"/> 내시경적 절제술	<input type="radio"/> 방사선요법
		<input type="radio"/> 대체요법	<input type="radio"/> 기타()	<input type="radio"/> 없음

3. 과거 암 이외에 의사로부터 진단받으셨던 질병 및 검사결과 이상이 있습니까?

- ☐ 있다 ☐ 없다 (4번 문항으로)

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

있음	질병명	완치	현재 치료 중	치료 받은 적 있으나 현재 치료하지 않음	치료 받은 적 없음	처음 진단연도
<input type="radio"/>	고혈압	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	고지혈증	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	협심증	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	뇌졸중(중풍)	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	위궤양	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	식도염	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	바렛식도	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	대장용종(폴립)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	베쳇병, 염증성 장질환	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	치질	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	간기능이상	<input type="radio"/>	<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"/>	

있음	질병명	완치	현재 치료 중	치료 받은 적 있으나 현재 치료하지 않음	치료 받은 적 없음	처음 진단연도
<input type="radio"/>	B형 간염	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	간경화	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	담석	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	담낭염	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	알러지(아토피)	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	폐결핵	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	갑상선기능항진증	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	신장/요로결석	<input type="radio"/>	<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"/>	
<input type="radio"/>	골관절염	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	류마티스 관절염	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	허리/목디스크	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	골다공증	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	외상사고	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	파킨슨병	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	루푸스	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	중증근무력증	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	우울증	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	기타()	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

III. 수술력 관련

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

☐ 있다 ☐ 없다 (5번 문항으로)

(4-1) 있으셨다면 어떤 수술을 받으셨습니까? 해당부위에 모두 표시해 주십시오.

수술부위	수술/시술명	해당연도	수술부위	수술/시술명	해당연도
<input type="radio"/> 심장			<input type="radio"/> 대장		
<input type="radio"/> 뇌			<input type="radio"/> 맹장(총수돌기)		
<input type="radio"/> 위(내시경시술 포함)			<input type="radio"/> 치질		
<input type="radio"/> 간			<input type="radio"/> 자궁(소파수술제외)		
<input type="radio"/> 담낭			<input type="radio"/> 난소		
<input type="radio"/> 신장/방광			<input type="radio"/> 유방(조직검사포함)		
<input type="radio"/> 췌장			<input type="radio"/> 기타 ()		

IV. 약물 복용력 관련

5. 최근 2년간 다음의 약물이나 영양제를 정기적으로 복용하고 계십니까?

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

종류	총 복용량					총 복용기간
	주 1~3알	주 4~6알	매일 1알	매일 2알	매일 3알	
혈압약	○	○	○	○	○	___년 ___개월
심장약	○	○	○	○	○	___년 ___개월
아스피린	○	○	○	○	○	___년 ___개월
항혈소판제제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
항응고제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
당뇨약	○	○	○	○	○	___년 ___개월
고지혈증약	○	○	○	○	○	___년 ___개월
소화제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
궤양치료제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
골다공증치료제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
항우울제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
진정수면제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
진통소염제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
기타영양제/보조식품	○	○	○	○	○	___년 ___개월
진통제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
칼슘제	○	○	○	○	○	___년 ___개월
종합비타민제 (이름: _____)	○	○	○	○	○	___년 ___개월
단일비타민제 (이름: _____)	○	○	○	○	○	___년 ___개월
기타1 (_____)	○	○	○	○	○	___년 ___개월
기타2 (_____)	○	○	○	○	○	___년 ___개월

종류	총 복용기간	종류	총 복용기간
한약	___년 ___개월	민간요법	___년 ___개월

(5-1) 귀하께서 그 이외의 건강 보조식품으로서 규칙적으로 복용하시고 있는 것을 아래에서 표시해 주십시오.

- | | | | |
|---------|----------|-----------|-------|
| ○ 철분제 | ○ 클로렐라 | ○ 스피루리나 | ○ 효모 |
| ○ 글루코사민 | ○ 감마리놀렌산 | ○ 레시틴 | ○ 키토산 |
| ○ 홍삼 | ○ 오메가-3 | ○ DHA/EPA | |

V. 가족력 관련

6. 가족이나 친척 중에 암을 진단 받으신 분이 계십니까?

- ☐ 있다 (있으시다면 누가, 무슨 암을 진단 받았는지 모두 기입해 주십시오)
- ☐ 없다

암명	본인과의 관계								
	부	모	남자형제	여자형제	자녀(아들)	자녀(딸)	사촌	할아버지	할머니
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 귀하의 직계가족께서 의사로부터 암 이외의 다음과 같은 질환을 진단 받으신 분이 있습니까?

- ☐ 있다 (있으시다면 아래에 자세히 기입해 주십시오)
- ☐ 없다
- ☐ 모름

질병명	본인과의 관계					
	부	모	남자형제	여자형제	자녀(아들)	자녀(딸)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<비고> 암 이외의 기타 질환 종류

01. 고혈압	12. 바렛식도	23. 담낭염	34. 허리/목디스크
02. 당뇨병	13. 과민성 장증후군	24. 알러지(아토피)	35. 골다공증
03. 고지혈증	14. 대장용종(폴립)	25. 천식, 기관지염	36. 외상사고
04. 심근경색	15. 베체트병, 염증성장질환	26. 폐결핵	37. 파킨슨병
05. 협심증	16. 치질	27. 갑상선기능저하증	38. 루푸스
06. 부정맥, 판막질환	17. 간기능이상	28. 갑상선기능항진증	39. 중증근무력증
07. 뇌졸중(중풍)	18. 지방간	29. 갑상선 결절	40. 우울증
08. 위염	19. B형 간염	30. 신장/요로결석	41. 기타 ()
09. 위궤양	20. C형 간염	31. 전립선비대증	
10. 십이지장궤양	21. 간경화	32. 골관절염	
11. 식도염	22. 담석	33. 류마티스관절염	

VI. 간염 및 헬리코박터균 감염 여부

8. B형 간염 보균자이신 경우에만 대답해 주십시오.

(8-1) 항바이러스제제를 복용한 적이 있습니까?

- ☐ 현재 복용 중이다
- ☐ 과거에 복용한 적이 있다
- ☐ 치료받은 적 없다

(8-2) 귀하께서는 B형 간염에 대해 항바이러스 치료를 받으신 적이 있습니까? 있다면 어떤 종류의 약입니까?

- ☐ 없다
- ☐ 있다 - 인터페론 (기간 :)
- ☐ 있다 - 제픽스 (기간 :)
- ☐ 있다 - 헵세라 (기간 :)
- ☐ 있다 - 그 외 (기간 :)
- ☐ 잘 모름

(8-3) 귀하께서 간염 항원 보유자라면 현재 간에 대한 정기적인 검사를 받고 계십니까?

정기검사 여부	검사방법(모두 선택)
<input type="radio"/> 6개월마다 시행	<input type="radio"/> 간초음파
<input type="radio"/> 1년마다 시행	<input type="radio"/> 혈청 알파태아단백
<input type="radio"/> 1~2년마다 시행	<input type="radio"/> 간기능 혈액검사
<input type="radio"/> 불규칙함	<input type="radio"/> 기타
<input type="radio"/> 거의 따로 하지 않음	

9. 귀하는 과거에 헬리코박터균의 검사를 받으신 적이 있으십니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

(9-1) “예”인 경우 검사 결과는 어떠하였습니까?

- ☐ 양성(균이 있음)
- ☐ 음성(균이 없음)
- ☐ 모름

(9-2) 헬리코박터균 검사가 양성이었다면 치료 (제균치료)를 받으신 적이 있습니까?

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

10. 귀하께서는 과거에 수혈(피주사)을 받으신 적이 있습니까? 있으시면, 수혈을 받으신 횟수와 처음 수혈 당시 나이를 표시해 주십시오.

- ☐ 있다 (총 ____회, 만 ____세)
- ☐ 없다
- ☐ 모름

11. 귀하께서는 과거에 침을 맞아보신 적이 있습니까?

- ☐ 있다 ☐ 없다 ☐ 모름

VII. 흡연, 음주관련

12. 귀하는 다음 보기 중 어디에 해당하십니까?

- ☐ 현재 흡연 한다.
- ☐ 과거 흡연했으나 금연한지 1년 이내이다.
- ☐ 과거 흡연했으나 금연한지 1년이 넘었다.
- ☐ 담배를 피운 적이 없다.

(12-1) 피우기 시작한 나이와 지금까지 피우신 총 기간, 흡연 시 하루에 대략 피우신 양을 표시해 주십시오.

흡연시작 만 나이	만 ____세
하루에 피우는 양	____개피
지금까지 피운 총 기간	____년 ____개월

(12-2) 끊으셨다면, 담배를 끊으신 만 나이를 적어 주십시오. 만 ____세

13. 집안에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡는 경우가 얼마나 되십니까?

- ☐ 없음 ☐ 주 1~2회
- ☐ 주 3~4회 ☐ 주 5~6회
- ☐ 매일 ☐ 모름

14. 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 끊었다)
 ○ 아니오, 원래 안 마십니다

15. 술 종류별로 1년 동안에 드신 평균 횟수와 한번 드실 때의 양을 표시하여 주십시오.

(한번 드실 때의 평균 몇 잔을 드시는지 해당 잔의 cc를 참고해서 표시해 주십시오)

술종류	없다	지난 1년간 섭취한 평균횟수							한번 드실 때의 평균 잔 수
		월1회	월2~3회	주1회	주2~3회	주4~6회	매일1회	매일2회 이상	
맥주	○	○	○	○	○	○	○	○	_____맥주잔(200cc)
소주	○	○	○	○	○	○	○	○	_____소주잔(50cc)
양주	○	○	○	○	○	○	○	○	_____양주잔(30cc)
막걸리	○	○	○	○	○	○	○	○	_____막걸리잔(240cc)
포도주	○	○	○	○	○	○	○	○	_____포도주잔(90cc)
과실주	○	○	○	○	○	○	○	○	_____소주잔(50cc)
기타 ()	○	○	○	○	○	○	○	○	_____잔(_____cc)

VIII. 신체활동 관련

귀하께서는 지난 7일간 하신 모든 격렬한 활동을 생각해 보십시오. 격렬한 신체활동이란 힘들게 움직이는 활동으로서 평상보다 숨이 훨씬 더 차게 만드는 활동입니다. 한번에 적어도 10분 이상 지속한 활동만을 생각하여 응답해주시기 바랍니다.

16. 지난 7일간 무거운 물건 나르기, 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기 등과 같은 격렬한 신체 활동을 며칠간 하였습니까?

일주일내 _____일 ○ 격렬한 신체활동 없었음

(16-1) 그런 날 중 하루에 격렬한 신체활동을 하면서 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?

하루 중 _____시간 _____분 ○ 모름

귀하께서는 지난 7일간 하신 모든 중간정도 신체 활동을 생각해 보십시오. 중간정도 신체활동이란 중간정도 힘들게 움직이는 활동으로서 평소보다 숨이 조금 더 차게 만드는 활동입니다. 한번에 적어도 10분 이상 지속한 활동만을 생각하여 응답해주시기 바랍니다.

17. 지난 7일간 가벼운 물건 나르기, 보통 속도로 자전거 타기, 복식 테니스 등과 같은 중간 정도 신체 활동을 며칠간 하였습니까? 걷기는 포함시키지 마십시오.

일주일내 _____일 ○ 중간정도 신체활동 없었음

(17-1) 그런 날 중 하루에 중간정도의 신체활동을 하며 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?

하루 중 _____시간 _____분 ○ 모름

지난 7일간 걸은 시간을 생각해 보십시오. 직장이나 집에서, 교통수단을 이용할 때 걸은 것뿐만 아니라 오락 활동, 스포츠, 운동, 여가 시간에 걸은 것도 포함됩니다.

18. 귀하께서 지난 7일 동안 한 번에 최소한 10분 이상 걸은 날이 며칠이나 됩니까?

일주일내 _____일 ○ 걸지 않았음

(18-1) 그런 날 중 하루에 걸으면서 보낸 시간이 보통 얼마나 됩니까?

하루 중 _____시간 _____분 ○ 모름

마지막 질문은 지난 7일간 주중에 앉아서 보낸 시간에 관한 것입니다. 여기에는 직장이나 집에서 학업이나 여가시간에 앉아서 보낸 시간이 포함됩니다. 또한 책상에 앉아 있거나, 친구를 만나거나 독서할 때 앉거나, 텔레비전을 앉아서 또는 누워서 시청한 시간이 포함됩니다.

19. 지난 7일 동안 평일에 앉아서 지낸 시간이 얼마나 됩니까?

하루 중 ____시간 ____분 ○ 모름

20. 평소에 규칙적으로 하는 운동이 있습니까?

○ 아니오 ○ 예

(20-1) 있으시다면, 가장 자주 하시는 운동순으로 적어 주세요.

	운동 종류	일주일에 평균 몇 시간
1		____시간 ____분 ○ 모름
2		____시간 ____분 ○ 모름
3		____시간 ____분 ○ 모름

IX. 식습관

21. 일주일에 5일 이상은 하루에 3번 식사를 한다.

○ 예 ○ 아니오

22. 식사시간은 평균 10분 이상이다.

○ 예 ○ 아니오

23. 육류나 계란 중 1가지를 일주일에 5번 이상 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

○ 육류는 탁구공 2개 분량 이하 또는 계란 1개 이하

○ 육류는 탁구공 2개 분량 이상 또는 계란 1개 이상

24. 어패류(생선, 오징어, 조개 등) 일주일에 3번 이상 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

25. 두부나 두유를 일주일에 3번 이상 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

26. 김치를 제외한 채소류, 해조류, 버섯 등을 매끼 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

27. 과일은 일주일에 5일 이상 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

28. 우유나 유제품(요구르트, 요거트, 치즈 등)을 일주일에 5일 이상 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

29. 식사 때 국과 김치를 제외한 3가지 이상 반찬을 먹는다.

○ 예 ○ 아니오

30. 외식할 때 음식이 짜다고 느낀다.

○ 예 ○ 아니오

31. 음식을 짜게 드십니까?

○ 예(짜게) ○ 보통 ○ 아니오(싱겁게)

32. 만약 굵다 탄 고기가 있으면 그 고기를 드십니까?

○ 먹지 않는다
○ 가끔 먹는다
○ 먹을 때가 많다
○ 해당 없음(고기 안 먹음)

X. 일반적 사항 관련

33. 귀하의 키/체중에 대해서 여쭙겠습니다.

(33-1) 현재의 몸무게와 키는 어느 정도입니까?

_____kg _____cm

(33-2) 2년 전의 몸무게는?

_____kg ☐ 모름

(33-3) 만 35세 무렵의 몸무게는?

_____kg ☐ 모름

(33-4) 만 18세(고등학교 졸업 무렵)때는?

_____kg ☐ 모름

34. 귀하의 결혼상태는 어디에 해당하십니까?

- ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 별거
☐ 사별 ☐ 동거 ☐ 이혼 ☐ 기타

35. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

- ☐ 학교에 다니지 않았다
☐ 초등학교 중퇴
☐ 초등학교 졸업 또는 중학교 중퇴
☐ 중학교 졸업 또는 고등학교 중퇴
☐ 고등학교 졸업
☐ 기술(전문)학교 졸업
☐ 대학교 중퇴
☐ 대학교 졸업
☐ 대학원 이상
☐ 모름

36. 귀 가정의 월 평균 총 수입은 어느 정도입니까?

- ☐ 100만원 미만 ☐ 100~199만원
☐ 200~399만원 ☐ 400~699만원
☐ 700만원 이상 ☐ 기타()
☐ 잘 모름

37. 귀하는 현재 어떤 일에 종사하고 계십니까?

<input type="radio"/> 의회의원, 고위임직원 및 관리직	의회의원 및 고위임원, 행정 및 경영 관리자, 일반관리자 등
<input type="radio"/> 전문가	과학전문가, 컴퓨터관련 전문가, 공학전문가, 보건의료 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, 보건의료 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 사무 종사자 등
<input type="radio"/> 서비스 종사자	대인서비스 관련 종사자, 조리 및 음식 서비스 종사자, 여행 및 운송 관련 종사자, 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, 정밀기구/세공 및 수공예 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()	

※ 여성분만 응답해 주세요

38. 초경나리와 규칙적으로 생리를 시작한 나이를 만나리로 표시해 주십시오.

초경 연령	만 _____세	○ 모름 ○ 아직 생리가 없음
규칙적으로 생리를 시작한 연령	만 _____세	

*폐경되신 분들도 표시해 주십시오.

(38-1) 생리 주기가 규칙적인 편입니까?

- 예 (평균 _____일, 예시: 28일)
○ 아니오

(38-2) 생리하는 기간은 일정합니까?

- 예 (평균 _____일, 예시: 7일)
○ 아니오

(38-3) 마지막 생리 시작 일을 표시해 주십시오.

_____월 _____일	○ 폐경
---------------	------

39. 폐경이 되신 분만 대답해 주십시오.

(39-1) 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 _____

(39-2) 폐경 이후 여성호르몬 약의 사용여부와 사용하신 경우에는 사용기간을 표시해 주십시오.

폐경이후 여성호르몬 약의 사용여부	사용 기간
<input type="radio"/> 예, 지금도 사용하고 있다	_____년 _____개월
<input type="radio"/> 예, 지금은 사용하지 않는다	
<input type="radio"/> 아니오	

40. 임신 경험이 있으신 분은 다음 해당 사항에 표시해 주십시오.

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

(40-1) 첫 임신연령과 첫 만삭분만(37주~42주) 연령, 마지막 분만연령을 표시해 주십시오.

첫 임신연령	첫 만삭분만 연령	마지막 분만 연령
만 _____세	만 _____세	만 _____세

(40-2) 첫 번째 임신의 결과는 어떻게 되셨습니까?

- ☐ 정상분만 ☐ 사산(죽은 아이 분만)
☐ 자궁외 임신으로 인한 유산
☐ 자연유산 ☐ 인공유산

(40-3) 임신 중 임신성당뇨증이나 임신성고혈압(임신 중독증)로 진단 받은 적이 있습니까?

- ☐ 임신성당뇨증 ☐ 임신성고혈압
☐ 아니오 ☐ 모름

41. 아기에게 직접 자신의 젖(모유)을 먹인 적이 있습니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

(41-1) 모유수유 경험이 있으신 분만 응답해주세요.

모유수유를 한 자녀 수	총 _____명
모유수유를 시작했을 때의 나이	만 _____세
첫 번째 모유수유 기간	_____개월
총 모유수유 기간	총 _____개월

42. 먹는 피임약을 써본 적이 있습니까?

- ☐ 아니오
☐ 예, 그러나 지금은 사용하지 않는다.
☐ 예, 지금 사용한다.
☐ 모름

(42-1) 몇 세 때 복용을 시작하하셨습니까?

만 _____세

(42-2) 총 복용 기간은 얼마입니까?

_____년 _____개월 <input type="radio"/> 모름

43. 유방의 자가 검진을 시행 해 보신 적이 있습니까?

- ☐ 있다 ☐ 없다