

암검진 문진표

건강보험가입자 의료급여수급권자

수검자 성명	주민등록번호	전화번호	자택
			핸드폰
주소			e-mail주소

※ 암 검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에** 해당하는 답에 'O' 표시해 주십시오.

- 현재 신체 어느 부위에든 **불편한 증상**이 있습니까?
① 예(증상: _____) ② 아니오
- 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 **5Kg 이상의 체중감소**가 있었습니까?
① 아니오 ② 체중감소 (_____ kg)
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 **현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분**이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유방암							
대장암							
간 암							
자궁경부암							
폐 암							
기타 (_____ 암)							

4. 귀하는 **다음의 검사**를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검 사 시 기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년미만	1년 이상~2년 미만	2년 이상~10년 미만
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐 암	흉부CT				
간 암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

※ 위암, 대장암, 간암 관련 문항

※ **해당되는 곳에** 'O' 표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 **위장질환**이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 **대장 항문질환**이 있으십니까?

질환명	대장용종(폴립)	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵,치열)	기타	없음
질환유무						

7. **간(肝)질환**이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 **폐질환**이 있으십니까?

질환명	만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

※ 유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성만 해당)

- 월경을 언제 시작하셨습니다?
① 만 _____ 세 ② 초경이 없었음
- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?
① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
③ 폐경되었음 (폐경연령 : 만 _____ 세)
- 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?
① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용
③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용
⑤ 모르겠음
- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?
① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음
- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?
① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만
③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음
- 과거에 유방에 **양성 종양**으로 진단받은 적이 있으십니까? (양성 종양이란 **악성종양인 암이 아닌** 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음
- 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으니까?
① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용
③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음
- 결혼여부 : 유 () 무 ()

★**성관계 경험이 있으십니까?**

예 () 아니오 ()

★**임신가능성이 있거나 현재 임신중이십니까?**

예 () 아니오 ()

본인확인서명 : _____

※ **검사 완료후 본 용지**는 반드시 **2층 검진센터로 반납** 하여야 결과 발송이 가능합니다

건강검진 문진표

건강보험가입자 의료급여수급권자

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
-------	--------	------	-----------

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

<p>※ 질환력(과거력, 가족력)</p> <p>1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">진단</th> <th colspan="2">약물치료</th> </tr> <tr> <th>예</th> <th>아니오</th> <th>예</th> <th>아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>이상지질혈증</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>폐결핵</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td>예</td> <td>아니오</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>예</th> <th>아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td>예</td> <td>아니오</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름</p>		진단		약물치료		예	아니오	예	아니오	뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오	심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오	고혈압	예	아니오	예	아니오	당뇨병	예	아니오	예	아니오	이상지질혈증	예	아니오	예	아니오	폐결핵	예	아니오	예	아니오	기타(암포함)	예	아니오	예	아니오		예	아니오	뇌졸중(중풍)	예	아니오	심근경색/협심증	예	아니오	고혈압	예	아니오	당뇨병	예	아니오	기타(암포함)	예	아니오	<p>※ 음주</p> <p>※ 지난 1년간</p> <p>7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답) ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번 ③ 1년에 ()번 ④ 술을 마시지 않는다.</p> <p>7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? * 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>소주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>맥주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>양주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>막걸리</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>와인</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까? * 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>소주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>맥주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>양주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>막걸리</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>와인</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인					술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인				
		진단		약물치료																																																																																																																							
	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
고혈압	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
당뇨병	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
폐결핵	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오																																																																																																																							
	예	아니오																																																																																																																									
뇌졸중(중풍)	예	아니오																																																																																																																									
심근경색/협심증	예	아니오																																																																																																																									
고혈압	예	아니오																																																																																																																									
당뇨병	예	아니오																																																																																																																									
기타(암포함)	예	아니오																																																																																																																									
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																																							
소주																																																																																																																											
맥주																																																																																																																											
양주																																																																																																																											
막걸리																																																																																																																											
와인																																																																																																																											
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																																							
소주																																																																																																																											
맥주																																																																																																																											
양주																																																																																																																											
막걸리																																																																																																																											
와인																																																																																																																											
<p>※ 흡연 및 전자담배</p> <p>4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞5번 문항으로 가세요) ② 예 (☞4-1번 문항으로 가세요)</p> <p>4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>① 현재 피움</th> <th>총 년</th> <th>하루평균</th> <th>개비</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총 년</td> <td>흡연했을 때 하루평균</td> <td>개비</td> <td>끊은지 년</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까? ① 아니오 (☞6번 문항으로 가세요) ② 예 (☞5-1번 문항으로 가세요)</p> <p>5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>① 현재 피움</th> <th>총 년</th> <th>하루평균</th> <th>개비</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총 년</td> <td>흡연했을 때 하루평균</td> <td>개비</td> <td>끊은지 년</td> </tr> </tbody> </table> <p>6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니오 ② 예 (☞6-1번 문항으로 가세요)</p> <p>6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니오 ② 월 1~2일 ③ 월 3~9일 ④ 월 10~29일 ⑤ 매일</p>	① 현재 피움	총 년	하루평균	개비		② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지 년	① 현재 피움	총 년	하루평균	개비		② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지 년	<p>※ 신체활동(운동)</p> <p>8-1. 평소 1주일간 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일 * 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등</p> <p>8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분</p> <p>9-1. 평소 1주일간 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일 * 8번 응답에 관련된 신체활동을 제외하고 답해주시시오. * 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등</p> <p>9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분</p> <p>10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일</p>																																																																																																						
① 현재 피움	총 년	하루평균	개비																																																																																																																								
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지 년																																																																																																																							
① 현재 피움	총 년	하루평균	개비																																																																																																																								
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균	개비	끊은지 년																																																																																																																							
	<p>★임신가능성이 있거나 현재 임신중이십니까? 예 () 아니오 ()</p> <p>본인확인서명 : _____</p>																																																																																																																										

※ 검사 완료후 본 용지는 반드시 **2층 검진센터로 반납** 하셔야 결과 발송이 가능합니다