

문진표

기본검진	1, 2 페이지
노인신체기능 인지기능장애 정신건강검사 조기정신증검사 ★생활습관평가	3 페이지 4 페이지 5, 6 페이지 5, 6, 7 페이지 ※ 별도페이지
암검진	1, 8, 9 페이지

상기 해당 페이지를 작성해주시면 됩니다.



명진단 영상의학과

내과 | 신경과 | 건강검진

일반(암) 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.
정보제공에 동의하는 검진종별에 '✓' 하시기 바랍니다.

[] 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함)

- 일반건강검진 결과에서 **고혈압**, **당뇨병**, **이상지질혈증** 등이 의심되거나 **질환**이 있는 분들에게 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 ‘공단’ 이라 한다)이 보건소에 해당 검진자료를 제공하고, 보건소는 공단에 건강관리서비스 내역을 제공하는 것
 - * 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양 등
- 일반건강검진 결과에서 **폐결핵**, **C형 간염**이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리청 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것
- 인지기능장애 검사결과에서 **인지기능 저하** 의심으로 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 치매안심센터(중양 및 광역 포함)에 해당 검진자료를 제공하는 것
- **장애인의 건강보건관리(사후관리)**를 위해 공단이 장애인보건의료센터(중양 지역)에 장애인의 일반건강검진 자료를 제공하는 것

[] 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암)

- 암검진 결과에서 이상소견이나, “암의심” 또는 “암” 판정을 받은 경우에는 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 국립암센터에 해당 검진자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유 식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

- 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

- ① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청,공단, 치매안심센터, 장애인보건의료센터(중앙 지역)
- ② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능장애 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단결과서(舊 보건증) 발급 시 활용
- ③ 제공하는 개인정보 항목

구분	활용기관	개인정보 항목
■ 일반건강검진 결과	공단 → 보건소, 장애인보건의료센터	개인식별정보 ^(*) , 건강검진 결과, 문진표
- 흉부방사선 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표
- C형간염 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표
- 인지기능장애 검사 결과	공단 → 치매안심센터(중앙광역 포함)	개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
■ 암검진 결과	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
■ 건강관리 서비스 내역	보건소 → 공단	보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

* 개인식별정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등

- ④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년
- ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 건강관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 [] 동의하지 않음 []

년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계	검진기관명(기호)		

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주 소	E-mail		건강검진 결과통보서 수령방법 ☐ 우편 ☐ E-mail ☐ 모바일 ☐ 직접수령

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

질한력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	아니요	예	아니요
심근경색/협심증	예	아니요	예	아니요
고혈압	예	아니요	예	아니요
당뇨병	예	아니요	예	아니요
이상지질혈증	예	아니요	예	아니요
폐결핵	예	아니요	예	아니요
우울증	예	아니요	예	아니요
조기정신증	예	아니요	예	아니요
C형간염	예	아니요	예	아니요
만성폐쇄성폐질환	예	아니요	예	아니요
기타(암포함)	예	아니요	예	아니요

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

뇌졸중(중풍)	예	아니요
심근경색/협심증	예	아니요
고혈압	예	아니요
당뇨병	예	아니요
기타(암포함)	예	아니요

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

- ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요)
② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	흡연했을 때 하루평균 ____개비	끊은 지 ____년

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등을 사용한 적 있습니까?

- ① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요)
② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	담배사용했을 때 하루평균 ____개비	끊은 지 ____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
④ 월 10-29일 ⑤ 매일

음주

※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
③ 1년에 ()번 ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오.(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동(운동)

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 내리기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.
* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 내리기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

건강검진 추가 문진표

수검자성명		주민등록번호	
-------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.

노인기능평가 관련 문항 (66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예 ② 아니요

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 0 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

3) 대소변을 보기 위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월간 넘어진 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니요

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는 데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예 ② 아니요

인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C: KDSQ-C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오.

(동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다			
3. 같은 질문을 반복해서 한다			
4. 약속을 하고서 잊어버린다			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다			
점 수	/ 30		

정신건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.

- 일반건강검진 의료급여 생애전환기 검진 결과 **중간 정도 이상 우울증 의심**이거나 **조기정신증 선별검사(CAPE-15) 결과 심층 상담이 필요한 분들**에게 정신건강서비스를 제공하기 위해, 공단이 보건소, 보건복지부, 사회보장정보원 및 정신건강복지센터에 해당 검사 결과 자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기
본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로
이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

○ 귀하의 개인정보를 검진기관으로부터 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여

충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터

② 개인정보제공 목적: 정신건강검사(PHQ-9, CAPE-15) 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- (일반건강검진 정신건강검사 결과) 공단 → 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터
- 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보, PHQ-9 및 CAPE-15 검사결과 및 문진표

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며,
이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 사후관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 []

동의하지 않음 []

년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

정신건강검사 평가도구(PHQ-9)

한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실 패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반 대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

정신건강검사 평가도구(CAPE-15)

한글판 Community Assessment of Psychic Experiences-15: CAPE-15

본 설문은 정신증 관련 경험을 스스로 알아보기 위한 것입니다. 일정 점수 이상일 경우, 증상의 원인을 파악하여 스트레스나 각종 정신건강 불편감에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정확한 진단을 위해서는 전문가의 심층 면담이 필요하므로 정신건강의학과 전문의의 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

각 항목에 대해 얼마나 자주 해당 사항을 경험하는지 답해주시고, 해당 경험이 있을 경우 얼마나 힘들었는지 체크해 주십시오.

	빈도				고통			
	없음	가끔	자주	거의 항상	없음	조금	상당히	매우
1. 사람들이 당신에 대해 넌지시 말하거나, 숨겨진 의미로 어떤 말을 하는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 어떤 사람들이 겉으로 보이는 것과 다른 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 어떤 식으로든 당신이 괴롭힘 당하고 있는 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 당신을 둘러싼 음모가 있는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 당신의 외모 때문에 사람들이 당신을 이상하게 쳐다보는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 컴퓨터와 같은 전자 기기들이 당신이 생각하는 방식에 영향을 끼치는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 당신의 머릿속 생각들을 누군가 빼앗아 가고 있는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 당신의 머릿속 생각들이 자신의 것이 아닌 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 당신의 생각들이 너무나 생생해서 다른 사람들이 당신의 생각을 들을까 봐 걱정된 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 당신의 생각을 메아리처럼 들어본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 어떤 기운이나 힘이 당신을 통제하는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 가족이나 친구, 지인들과 똑같이 생긴 분신이 나타난 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 혼자 있을 때 어떤 음성을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 혼자 있을 때 어떤 사람들이 서로 말하는 것을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 다른 사람 눈에는 보이지 않는 어떤 사물이나, 사람, 혹은 동물을 본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
점 수	/45				/45			

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질 환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질 환유무						

질 환명	대장용종	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵, 치열)	기타	없음
질 환유무						

질 환명	B형간염 바이러스보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질 환유무						

질 환 명	만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질 환 유 무							

9. 월경을 언제 시작하셨습니까?

- ① 세 ② 초경이 없었음

① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 세) ④ 병력으로 월경하지 않음

① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용
③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음

① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용
③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음