



일산차병원

CHA ILSAN
WOMEN'S & CHILDREN'S
HOSPITAL

HEALTH MEDICAL CHECK UP CENTER

건강문진

검진일	20	년	월	일
성명	<input type="text"/>			
생년월일	<input type="text"/>			
병원등록번호	<input type="text"/>			
성별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여		
연락처	<input type="text"/>			

검진장소 : 건강검진센터(5층)

경기도 고양시 일산동구 중앙로 1205
1205, Jungang-ro, ilsandong-gu, Goyang-si,
Gyeonggi-do, Korea
TEL 031-782-8888
ilsan.chamc.co.kr

문진표 작성 요령

문진표는 일산차병원의 전문의가 귀하의 건강위험요인을 알아보고 건강검진 결과를 평가하는 중요한 자료이므로 빠짐없이 구체적으로 기록해주시기 바랍니다.

※ 본 설문지의 내용은 병력 조사 목적 외에는 사용되지 않습니다.

건강검진 동기

1. 종합건강검진을 하시는 이유는 무엇입니까?

- 정기적으로 검진을 받아서
- 최근 건강에 이상을 느껴서
- 의사의 권유로
- 회사 단체검진으로
- 친척, 친지의 권유로
- 기타: _____

2. 귀하는 자신의 건강상태에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- 매우 좋다
- 좋다
- 보통이다
- 나쁘다
- 매우 나쁘다

질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

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

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

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/ 협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질혈증 (고지혈증)	폐결핵	기타(암포함)
진단여부							
약물치료여부							

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- 예
- 아니오
- 모름

4. 수술을 받으신 적이 있습니까?

- 특별히 없음
- 허리(디스크)수술
- 이비인후과적 수술(귀, 코 등)
- 자궁절제술
- 심장수술
- 담낭제거술
- 골절로 인한 정형외과 수술
- 안과적 수술(녹내장, 백내장 등)
- 전립선 수술
- 악성종양 치료를 위한 수술
- 맹장수술
- 인공관절 수술
- 제왕절개를 통한 출산
- 치질수술
- 기타(_____)

5. 알레르기가 있습니까?

- 있다 없다

5-1 알레르기가 있다면 원인은 무엇입니까?

- 약물: 페니실린 아스피린 설파제 비스테로이드(NSAID)
 맥페란(Macperan) 알기론(Algiron) 부스코판(Buscopan) 기타(_____)
- 정맥주사(링거주사) 맞은 후 피부과 시술, 부분 마취 등을 받은 후
- MRI, CT 검사 중 조영제를 맞은 후 알레르겐(집먼지진드기, 꽃가루 등)
- 음식: 갑각류(조개, 새우 등) 과일(_____)
- 기타(_____)

흡연 관련 문항

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

- ① 아니요(☞ 2번 문항으로 가세요). ② 예 (☞ 1-1번 문항으로 가세요)

1-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

2. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까?

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

2-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

3. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 3-1번 문항으로 가세요) ② 아니요

3-1. 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 관련 문항

※ 지난 1년간

3. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

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

3-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
기타()				

3-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
기타()				

신체활동(운동) 관련 문항

4-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

- 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계산으로 물건 나르기 등

4-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

5-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

- 4번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.
- 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

5-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

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

암 검진 관련 문항

아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용에 'O' 표시해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

- ① 예 (증상: _____) ② 아니오

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

- ① 아니오 ② 체중감소 (_____ kg)

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

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 (_____ 암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검 사 시 기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년 미만	2년이상~ 10년 미만
위암	위장조영검사(위장X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사(대변 검사)				
	대장이종조영검사(대장X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부CT				
간암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

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

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

여성 관련 문항 (여성 대상자만 답하십시오.)

1. 결혼 여부: 미혼 기혼 이혼 사별
- 1-1. 미혼일 경우 성경험 여부: 있다 없다 (▶ 1번 항목이 미혼일 경우 답하세요.)
- ※ 성경험이 없을 시 자궁경부암 검사를 할 수 없습니다.
2. 월경을 언제 시작하셨습니까? 만 _____ 세 초경이 없었음
3. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?
- 월경이 있음 (최근 마지막 생리 시작일: _____ 년 _____ 월 _____ 일)
- 자궁적출술을 하였음 폐경이 되었음 (폐경된 나이: 만 _____ 세)
4. 폐경 후 증상완화하기 위해서 현재 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?
(▶ 3번 항목이 폐경일 경우 답하세요.)
- 호르몬 제제를 복용한 적 없음 2년 미만 복용 2년 이상 ~5년 미만 복용
- 5년 이상 복용 모르겠음
5. 자녀를 몇 명 출산하셨습니까? 1명 2명 이상 출산한 적 없음
- 자연분만 _____ 회 / 제왕절개 _____ 회
6. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?
- 6개월 미만 6개월~1년 미만 1년 이상 수유한적 없음
7. 자궁경부암 검사는 언제 하셨나요?
- 해 본적 없다 1년 이내 1년 전 2년 전
- 3년 전 5년 전에서 그 이상 10년 전에서 그 이상
8. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?
- 피임약을 복용한 적 없음 1년 미만 복용 1년 이상 복용 모르겠음
9. 현재 사용하고 있는 피임방법이 있습니까?
- 피임약 자궁 내 장치(IUD) 콘돔 기타 () 피임하고 있지않음
10. 제왕절개를 제외하고 산부인과에서 수술하시거나 입원한 적이 있으십니까? 예 아니오
- 수술한 년도: _____ 년 / 수술 내용: _____
11. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?
- ※ 양성종양이란 악성종양이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.
- 예 아니오 모르겠음

■ **인지기능 관련 문항** (만 66세, 70세와 80세 건강검진 대상자만 답하시오.) [국가검진]

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ① 예 ② 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까? ① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 ○표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까? ① 예 ② 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까? ① 예 ② 아니오

인지기능장애 평가 (만 66세 이상 건강검진 대상자만 답하시오.) [국가검진]

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		

정신건강검사(우울증) 평가 (만 40세, 50세, 60세, 70세 건강검진 대상자만 답하십시오.) [국가검진]

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 실패자라고 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 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로 를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

믿을 수 있는 병원,
환자들과 공감하는 병원,
마음 편히 찾을 수 있는 병원,



일산차병원
