

## (일반+ ) 건강검진 결과기록지

비고사항		접수 번호		채혈 번호		촬영 번호		
<b>성 명</b>	<b>주민등록번호</b>		-					
<b>사 업 장</b>	<b>부서</b>	<b>연락처:</b>						
<b>건강검진일</b>	<b>년 월 일</b>	<b>건강진단장소</b>		<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장				
진찰	과거병력	(진단) 1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】 (약물) 1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】						
	가족력	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】 B형간염   (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름						
	생활습관	① 금연필요    ② 절주필요    ③ 신체활동필요    ④ 근력운동필요						
	소견 및 조치사항							
<b>구 분</b>	<b>검사항목</b>	<b>결 과</b>						
계측검사	신 장	cm <input type="checkbox"/> 본인기재		체 중	kg <input type="checkbox"/> 본인기재			
	허 리 둘 레	cm <input type="checkbox"/> 본인기재		체질량지수	kg/m <sup>2</sup>			
	시력 (좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정		청력 (좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 측정불가			
	혈압(최고/최저)	① /    mmHg	③ /    mmHg	② /    mmHg	④ /    mmHg			
노인신체기능검사	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)			초 보행장애 (유 / 무)			
	평형성	눈감은 상태	초	눈 뜬 상태	초			
골밀도 검사				T-score -1.0 이상 또는 120mg/cm <sup>2</sup> 초과		T-score -1.0 미만 ~ -2.5 초과 또는 80~120mg/cm <sup>2</sup>		
흉부방사선검사	①정상 ⑨순환기계질환	②사진불량 ⑩진단미정	③비활동성(정상) ⑪미촬영	⑦폐결핵증 ⑫유질환자	⑧비결핵성질환 ⑬비활동성폐결핵			
요검사	요 단 백		①음성 ②약양성(±) ③양성(+1) ④양성(+2) ⑤양성(+3) ⑦양성(+4)					
B형간염	표면항원 일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치( ) 검사기관 기준치( )이하				
	표면항체 일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치( ) 검사기관 기준치( )이하				
검사결과	1. 간염보균자    2. 면역자    3. 접종대상자							
혈액검사	혈 색 소	g/dL		공복혈당	mg/dL			
	총콜레스테롤	mg/dL		HDL-콜레스테롤	mg/dL			
	트리글리세라이드	mg/dL		LDL-콜레스테롤	mg/dL			
	혈청크레아티닌	mg/dL		신사구체여과율(e-GFR)	mL/min			
	AST(SGOT)	U/L		ALT(SGPT)	U/L			
감마지티피(γ-GTP)	U/L							
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강검사 (우울증)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음(점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상(점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상(점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상(점수합산결과 20~27점)						
	인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음(0~5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하(6~30점, 추가적인 진찰과 상담필요) (*점수산정기준 - ①아니다: 0점 ②가끔(조금) 그렇다: 1점 ③자주(많이) 그렇다: 2점)						
노인기능평가(문진)	(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오    (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오    (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움필요							
노인신체기능검사	(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하							
판정	<input type="checkbox"/> 정상A <input type="checkbox"/> 정상B <input type="checkbox"/> 일반 질환의심 <input type="checkbox"/> 고혈압 또는 · 당뇨병 질환의심 <input type="checkbox"/> 유질환자		판정일		년 월 일			
			문진의사	면허(자격)번호				
				의 사 명		(서명)		
			판정의사	면허(자격)번호		63643		
의 사 명		진대구 (서명)						

\*문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재

# 건강검진 공통 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 **심뇌혈관질환 위험평가** 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	주택 핸드폰
E-mail 주소	건강검진 결과통보서 수령방법		<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail
결과지받을 주소			

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예  아니오

## ※ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 **현재 상태**에 해당하는 내용에 '○' 표시해 주십시오.

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

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

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

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

3. **B형간염 바이러스 보유자(항원보균자)** 입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름

## ※ 흡연관련 문항 (흡연 및 전자담배)

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

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

4-1. **현재 일반담배(궐련)**을 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루 평균 _____개비	끊은지 _____년

5. **지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예를들어 아이코스, 글로, 릴 등)**를 피운적 있습니까?

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

5-1. **현재 궐련형 전자담배(가열담배)** 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루 평균 _____개비	끊은지 _____년

6. **액상형 전자담배**를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요.)

6-1. 최근 한달동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오 ② 월 1~2일 ③ 월 3~9일 ④ 월 10~29일 ⑤ 매일

※ 음주 관련 문항

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답) ※ 지난 1년간

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

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느정도 마십니까? ※ 지난 1년간

※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오. (술 종류는 복수응답가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

※ 신체활동(운동) 관련 문항

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주당 ( )일

※ 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇시간 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 신체활동 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ( )일