

종합건강검진 문진표

단체명 (소속)	부서명		
	가족의 경우, 직원 _____ 의 _____		
주소 (결과배송지)			
성명	사번		
핸드폰	여성문항	현재 임신 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 가능성	
일반전화		현재 수유 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 가능성	
주민번호		자궁 수술 경험 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 가능성	
결과수령방법		유방에 보형물 삽입상태 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
결혼여부		본인은 현재 임신, 수유 가능성이 없으며 모든 검사에 동의함 _____ (인)	
결혼여부	()미혼 ()기혼		
건강검진 안내 및 국가건강검진 동시 진행여부	본인은 본 검진기관으로부터 당일 받는 건강검진이 사업장 (개인) 검진과 국가건강검진 (암검진 포함) 을 병행하여 실시함을 안내받았으며, 본 검진 기관에서 공단 신고 및 비용청구하는 것을 동의합니다. (검진 후 당해 연도는 다른 기관(병원)에서 공단검진을 받을 수 없음)		
			신청인 : _____ (자필서명)

1. A형간염, B형간염 예방접종은 하셨습니까?

- A형 간염 예방접종함 B형간염 예방접종함
 예방접종 안함 모름

2. 혈액형은 어떻게 되십니까?

- A형 B형 AB형 O형

3. 다음과 같은 질환으로 치료중이거나 해당되는 항목이 있습니까? (V 체크, 기재) 없음

- 고혈압 당뇨 약물과민반응 뇌질환 녹내장 전립선비대
 심장질환 호흡기질환

혈액순환제 - 아스피린 와파린 아스트릭스 클로피도그렐

그외 현재 복용하고 있는 약품명 [_____]

▶ 위에 항목 외 진단받으신 질환 ?

[_____]

▶ 위에 항목외 처방받으신 약명 ?

[_____]

4. 흡연 - 담배를 피우십니까 ?

- 아니오 지금 끊었음 현재도 흡연중
 금연중이거나, 현재 흡연중이라면? 흡연기간 (총 _____ 년) 하루 흡연량 (_____ 개비)

개인정보 수집 및 이용 안내

동의함

본원은 개인정보 보호법에 관한 법률에 의거하여 개인정보를 수집 · 이용함에 있어 동의를 받고 있습니다. 개인정보 수집 및 이용에 동의하지 않을 권리가 있으나, **동의를 거부할 경우 진료 및 검진 등 서비스 이용에 장애가 있을 수 있습니다.**

① 수집하는 개인정보의 항목

- 필수 개인정보 : 성명, 주민등록번호, 건강보험증 번호, 건강보험 가입자 성명
- 선택 개인정보 : 주소, 연락처 (전화번호, 핸드폰번호, 이메일) 등

② 개인정보 수집 · 이용 목적

- 진료 및 검진조회 및 기타 진료 서비스 이용에 따른 본인 확인과 안내 절차 사용
- 진료예약 및 검진예약 조회 및 기타 진료 서비스 이용에 따른 본인 확인과 안내 절차 사용
- 진료비계산서 진료비내역서 제증명 및 검진 관련 물품의 발송
- 본원에서 발행하는 각종 소식 및 의료 정보 제공
- 진단 및 치료를 위한 진료서비스와 진료비 청구 수납 환급 등의 원무 서비스 제공
- 온라인 수탁검사를 위한 기초 자료
- 기타 진료와 관련된 서비스

③ 개인정보의 보유 · 이용기간

- 진단 및 치료를 위해 수집된 경우 의료법 기준에 준함
- 수집 목적 또는 목적이 달성된 경우에도 상법 등 기타 법령의 규정에 따라 보존할 필요성이 있는 경우에는 귀하의 개인정보를 보유 할 수 있음
- 보유 기관의 경과, 개인정보 처리목적 달성, 개인정보가 불필요하게 되었을 경우, 개인정보 파기함

④ 고유식별 정보

- 당원은 환자 구분 및 관리를 위하여 주민등록번호를 수집 및 이용하고 있음

직장검진자 자료 공개 여부

동의함

동의하지 않음

직장검진의 경우, 회사의 요청시 회사와의 협약에 따라 다음 각 호의 자료를 제출할 수 있습니다.

- 사업장 보관용 검진결과

본인은 상기 내용을 상세히 읽어보았으며 이에 관한 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
위와 같이 개인정보 수집 · 이용 및 선택 개인정보 수집 · 이용에 동의 합니다.

20 년 월 일

신청인 :	[서명]
주민번호 : [-]
동의권자 :	[서명]
주민번호 : [-]

건강검진 문진표

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

수검자성명	주민등록 번호	전화번호	자택 핸드폰
주소			
E-mail	건강검진 결과통보서 수령방법		<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail

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

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

	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

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자(B형간염보균자)입니까? (예방접종 등으로 항체가 형성된 경우는 '아니오'에 기입하십시오)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)을 피우십니까?

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

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등을 피운적 있습니까?

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

5-1. 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

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요) ② 아니오

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

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.

<p>7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">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					<p>7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">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																																																													
술 종류	잔	병	캔	CC																																																									
소주																																																													
맥주																																																													
양주																																																													
막걸리																																																													
와인																																																													
<p>※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 CC 중 한곳에만 작성 해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)</p>																																																													

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 나르기 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 답해 주십시오.

* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 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

★ 현재 임신 여부 예 아니오 가능성 _____

★ 현재 수유 여부 예 아니오 _____

★ 본인은 현재 임신, 수유 가능성이 없으며 모든 검사에 동의합니다. 【 서명: _____ 】

※유방암 및 자궁경부암 관련문항 (여성분들만 응답해 주세요.)

8. 월경을 언제 시작하셨습니까?

- ① 만 세 ② 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 만 세)

10. 폐경후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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

11. 자녀를 몇 명 출산 하셨습니까?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

- ① 6개월 미만 ② 6개월~1년미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음

13. 과거에 유방에 양성종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹,덩어리 등을 말합니다.)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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

20mm × 297mm [백상지 80g/m²]

★ 자궁경부암 검진은 성경험이 있을 때 검진의 의미가 있습니다. (검진 가능 여부 √표시)

가능() 불가능()

★ 현재 임신 여부 □ 예 □ 아니오 □ 가능성

★ 현재 수유 여부 □ 예 □ 아니오

★ 본인은 현재 임신, 수유 가능성이 없으며 모든 검사에 동의합니다.

【 서명: _____ 】

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서

* 정보제공에 동의하는 검진종별에 하시기 바랍니다.

(일반건강검진 (의료급여생애전환기검진 포함), 암검진, 영유아건강검진)

본 동의서는

- 일반건강검진 (의료급여생애전환기검진 포함) 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단' 이라한다)에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스내역을 공단에 제공하는 것과
- 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받으신 분들의 사후관리를 위해 공단에서 국립암센터 및 보건소로 암검진 결과를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

* 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지자체 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.

- ① 정보 활용기관 : 보건소, 국립암센터, 국민건강보험공단
- ② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리
- ③ 제공하는 개인정보 항목

- 공단 → 보건소 : 성명, 주민등록번호, 주소, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료
- 보건소 → 공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역
- 공단 → 국립암센터 및 보건소

· 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료

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

동의함 동의하지 않음

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진 정보, 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

전체 동의함

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)				