

1-1(앞면)

일반건강검진결과기록지	차트번호/ 접수번호
-------------	---------------

성명	주민번호	휴대폰	
여성분만작성	생리중이십니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	폐경유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
검진일	202년 월 일	사업장명 (협력업체만)	사원번호 (해당업체만)
결과받을주소 선택해주세요 <input type="checkbox"/> 모바일(핸드폰문자) <input type="checkbox"/> 이메일(아래주소기입) <input type="checkbox"/> 주소(아래주소기입)			
주소 또는 이메일			

1 번	1 기초검사실	키 <input type="checkbox"/> 본인기재	cm	색신		
		몸무게 <input type="checkbox"/> 본인기재	kg	BMI		
		허리둘레 <input type="checkbox"/> 본인기재	cm	흉위		
		청력 검사	<input type="checkbox"/> 정상(40dB미만) <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 <input type="checkbox"/> 질환의심(40dB이상) <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우	<input type="checkbox"/> 보청기착용 중		
		시력(좌/우) <input type="checkbox"/> 나안 <input type="checkbox"/> 교정	<input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우			
노인신체기능검사 (만66.70.80세 해당)	하지기능(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)	초	10초 이내	11-19초		
	보행장애	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 측정불가				
	평형성 눈 뜬 상태 (한다리로서기)	초	20초 이상	10-19초		
혈압검사	① / mmHg	② / mmHg				
검진장소	검진항목	확인	체크	검진장소/검진항목	확인	
11 번	11 영상의학접수 (출장시검진버스내)	흉부촬영NO:	3번	구강(치과)검사	영상 흉부판독 소견 ① 정상 ② 사진불량 ⑦ 폐결핵 의증 ⑧ 비결핵성 질환 ⑨ 순환기계 질환 ⑩ 진단미정 ⑬ 비활동성 폐결핵	
	<input type="checkbox"/> ⑪미촬영사유	요추촬영NO:				
	골밀도 <input type="checkbox"/> 만54 <input type="checkbox"/> 만66					
5 번	5 진단검사의학	혈액검사				
		심전도검사				
		소변검사(단백뇨)				
4 번 진찰 및 상담	과거병력	진단	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [<input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]			
		약물	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [<input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]			
	가족력	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [<input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]				
	B형간염 (바이러스 보유)	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 모름				
생활습관	<input type="checkbox"/> 금연필요	<input type="checkbox"/> 절주필요	<input type="checkbox"/> 신체활동필요	<input type="checkbox"/> 근력운동필요		
판정일	검진(판정) 의사	면허번호	검사(문진) 의사	면허번호		
202년 월 일	의사명	(서명)	의사명	(서명)		

@검진 의사와 판정 의사가 다를 경우만 판정 의사 기입

건강검진 공통 문진표 [모두 작성해주세요]

수검자성명	주민등록번호	핸드폰	
-------	--------	-----	--

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가(공단 제공 그래프) 결과를 통보 받으실 수 있으며 음주, 흡연, 운동 등 현재 자신의 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주시고 작성한 문진표는 심뇌혈관 질환 위험평가 그래프에 반영됩니다.

1. 질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중 이십니까? (본인질환만 적어주세요)

	진단		현재 약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)				
심근경색/협심증				
고혈압				
당뇨병				
이상지질혈증				
폐결핵				
기타(암포함)				

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?(직계가족 질환만 적어주세요)

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

@간염 예방접종으로 면역항체를 가지고 있는 경우 2번에 체크

2. 흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)
② 피운다(예) (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피음	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배.예)아이코스, 글로,릴 등)을 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요)
② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피음	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 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

3. 음주

※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일 ()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 cc중 한곳에만 작성해주시시오
(술종류는 복수응답가능, 하루에 마신 총량으로 합산,
기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루동안, 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성해주시시오
(술종류는 복수응답가능, 하루에 마신 총량으로 합산,
기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)

@폭음: 하루동안의 최대음주량으로 판단

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

4. 신체활동 (운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? ① 안한다 ② 주 ()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? ① 안한다 ② 주 ()일

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시시오.

* 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?

- ① 안한다 ② 주 ()일

건강검진 추가 문진표

노인기능평가관련문항-해당자만 작성하세요(만66,만70,만80세 해당)

- | | |
|---|---|
| <p>1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O표시를 해주십시오.
1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오</p> | <p>2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오</p> <p>5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?
① 예 ② 아니오</p> |
|---|---|

인지기능장애 평가도구 -해당자만 작성(만66세부터 2년마다 연령 해당)

Korean Dementia Screening Questionnaire - 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 (6점이상 유소견)	/ 30		

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 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등이 의심되거나 질환이 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 결과 폐결핵이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리청 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것
- 인지기능장애 검사결과 인지기능 저하 의심으로 판정받은 분들의 사후관리를 위하여 공단이 보건소 및 치매안심센터(중앙 및 광역 포함)에 해당 검진자료를 제공하는 것

[] 암검진

- 암검진 결과 이상소견이나, "암의심" 또는 "암" 판정을 받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 국립암센터에 해당 검진자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀준수 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 보건소 등과 공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

- ① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청, 공단, 치매안심센터, 정신건강복지센터
- ② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능장애 및 정신건강검사 관련 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단 결과서(舊 보건증) 발급 시 활용
- ③ 제공하는 개인정보 항목
 - (일반건강검진 결과) 공단 → 보건소
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료
 - (홍부방사선 검사결과) 공단 → 질병관리청 및 보건소
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 홍부방사선 촬영결과 및 관련 문진자료
 - (건강관리 서비스 내역) 보건소 → 공단
 - 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역
 - (인지기능장애 검사결과) 공단 → 보건소 및 치매안심센터(중앙 및 광역 포함)
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 인지기능장애 검사결과 및 관련 문진자료
 - (암검진결과) 공단 → 보건소 및 국립암센터
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 관련 문진자료
- ④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년
- ⑤ 귀하의 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
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명 또는 인)		수검자와의 관계
검진기관명(기호)		나사렛국제병원(31101011)		

수검자명	주민등록번호	사업장명
------	--------	------

*일반 구강검진 문진표 [모두작성해주세요]

일반 구강검진 결과 통보서

@ 치과(병)력과 증상

- 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과(병)원에 간 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까?(예.고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등) ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 최근 3개월 동안, 치아가 썩이거나 육신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까? ① 예 ② 아니오

@ 구강건강 삶의 질과 인식

- 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편함을 느끼신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 스스로 생각할 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각합니까?
① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다
④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

@ 흡연

- 담배를 피우십니까? ① 전혀 피운 적이 없다
② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

@ 구강위생관리

- 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까?
하루 평균 () 회
- 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까? ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4-6회)
③ 가끔 했다(1-3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?
① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다
④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다

@ 불소이용

- 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
① 예 ② 아니오
③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다

@ 식습관

- 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
④ 3번 ⑤ 4번 이상
- 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예. 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
④ 3번 ⑤ 4번 이상

특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고싶은 말 자유롭게 쓰십시오

요양기관기호	31101011
검진기관명	(의)나사렛국제병원
건강진단/판정일	202년 월 일
면허번호/치과의사	(서명)

1 생활습관 위험도는?

	현재	목표 건강신호등
구강위생관리	규칙적 칫솔질 치실, 치간 칫솔 사용	하루 2회 이상 칫솔질 잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔사용하기
불소이용	불소치약 사용	불소치약 사용
설탕섭취	당 함유간식섭취 당 함유음료섭취	당이 함유된 간식, 음료 하루 총 3회 이하 섭취
흡연	흡연 여부	금연

2 구강검진 결과는?

[문진평가] ● 치과방문력 [] 없음 [] 있음

● 만성질환 [] 없음 [] 있음

● 치아 통증 [] 없음 [] 있음

● 잇몸통증 혹은 출혈 [] 없음 [] 있음

[검사결과] ● 치아검사, 치아우식(충치) 검사

1. 우식(충치)치아 [] 없음 [] 있음

2. 우식(충치)의심치아 [] 없음 [] 있음

3. 수복(때우거나 씌운)치아 [] 없음 [] 있음

4. 상실치아 [] 없음 [] 있음

● 치주조직검사

1. 치은 염증 [] 없음 [] 경증 [] 중증

2. 치석 [] 없음 [] 경증 [] 중증

● 기타 이상 소견

3 구강검진 종합 소견 ● 판정

[] 양호 [] 주의 [] 질환의심 [] 치료필요

구강질환이 확인 (또는 의심)됩니다	다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다	다음 사항에 대한 생활 습관 개선이 필요합니다
------------------------	--------------------------	------------------------------

*아래의 검사의 경우 생애전환기 건강진단 "만40세" 만 해당됩니다.

결과 : []우수 []보통 []개선요망

구분	관련질환	검사항목	판정
치면 세균 막 검사	치아우식증 (충치)	상악우치 제1대구치 (16번) 세균막	()점
		상악우측중절치 (11번) 세균막	()점
	치주질환 (잇몸병)	상악좌측제1대구치 (26번)세균막	()점
		하악좌측제1대구치 (36번) 세균막	()점
		하악좌측중절치 (31번)세균막	()점
		하악우측제1대구치 (46번)세균막	()점
평 균		()점	양호(1점미만) 보통(1-3점미만) 불량(3점이상) *평균점수 =각치면의 점수합/평가치 아수

귀하의 구강검진 결과를 위와 같이 통보합니다.

본 구강검진 결과 통보서는 상급병원에서 요양급여(진료)가 필요하다는 구강검진 종합소견이 있는 경우 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음됩니다.