

건강기록지

검진일	20 년 월 일	진찰권번호	
주민등록번호	-	성명	
연락처	핸드폰	주 연락처 :	추가 연락처 :
	E-mail		
	주소		
건강검진 동기 (해당부분 체크 표시)			
<input type="checkbox"/> 정기검진			
<input type="checkbox"/> 최근 건강상태 이상 (해당 증상을 적어주십시오)			
<input type="checkbox"/> 기타 (기타 문의사항을 적어주십시오)			
초음파 검사 시 요청사항 (현재 불편사항 및 진료의에게 요청사항 기재)			

이 기록지는 귀하의 현 건강상태를 파악하고, 특정 질환의 가능성을 알아보는데 필요한 자료입니다. 또한 상담 및 결과 판정에 참고할 중요한 내용이 포함되어 있습니다. 응답하신 내용은 모두 비밀이 유지되며 다른 목적으로 사용되지 않습니다.

검진 당일 주의사항

1. 금식

- 종합검진 2~3일전부터 음주 및 과로는 피합니다.
- 검진전날 오후 7시 이전, 저녁식사를 가볍게 하고 밤10시 이후로는 물을 포함한 음식, 껌, 담배는 금해 주시기 바랍니다.

2. 약복용

- 기저질환(뇌경색, 뇌출혈, 심근경색, 협심증, 천식, 만성폐질환, 당뇨병, 간질환)으로 복용중인 약물(항응고제(쿠마딘), 항혈전제(아스피린, 플라빅스) 등)이 있는 경우 전화 상담 시 알려주시기 바랍니다.
- 고혈압약은 검진 당일 아침 7시경 반드시 복용합니다.
- 당뇨약이나 인슐린주사는 검사 당일에는 투여하지 않습니다.
- 검진 당일 건강보조제(식품) 등은 섭취하지 않습니다.

3. 채변(대변 수집)

- 건강검진 전날 저녁 또는 검진 당일, 준비된 용기에 채취하고, 차고 서늘하게 보관 후, 검진 당일 가지고 오시기 바랍니다.
- 대장내시경 검진자는 하제(장정결제)를 복용하기 전에 채취합니다.

4. 건강기록지(문진표)

- 검진 전 미리 작성하여, 검진 당일 가지고 오시기 바랍니다.

5. 여성고객 유의사항

- 임신가능성이 있을 경우, 방사선 노출 영상검사(X-ray, CT, PET-CT 등)는 태아에게 위험하오니 검진 전 임신여부를 반드시 확인 후 알려주시기 바랍니다.
- 모유 수유 시, 유방촬영 및 조영제 사용 검사, 진정수면 약제 사용에 제한이 있을 수 있으니 미리 알려주시기 바랍니다.
- 부인과 검사의 정확성을 도모하기 위하여 생리가 끝나고 5-7일 후에 검진을 받으시기 바랍니다.

6. 기타

- 진정수면내시경 검진자는 검진 당일 자가 운전이 불가하니, 귀가 시 보호자 동반 바랍니다.
(검진당일, 종합검진결과 상담일에 무료 주차 가능)
- 젤네일을 한 경우 진정수면내시경 상태에서는 산소포화도 측정에 어려움이 있으니 검진자의 안전을 위하여 제거해 주시기 바랍니다.
- 예약일 변경 시, 일정이 상당기간 지연되오니 최소 2주 전 연락(053-200-6060)주시기 바랍니다.

건강검진 문진표

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

질환력

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(암 포함)	예	아니오	예	아니오
수술여부	예	아니오	수술명	
복용중인 약물(직접기입)			치료중인(받은)질병	

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? 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)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	흡연기간 총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

5. 지금까지 궐련형 전자담배 [가열담배 예)아이코스, 클로, 릴 등]을 피운적 있습니까?

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

5-1. 현재 권련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	흡연기간 총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

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.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오.(술 종류는 복수응답 가능, 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?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오.(술 종류는 복수응답 가능, 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 신체활동**을 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 신체활동**을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

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

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

* 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 신체활동**을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

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

주당 ()일

카페인 음료(커피) 관련 문항


11. 아래 문항을 읽고 해당되는 음료를 **최근 1주일간 평균 하루 몇 잔**을 마셨는지 작성하여 주십시오.

원두커피 (핸드드립, 에스프레소, 아메리카노 등)	믹스커피 (1회용 커피)	녹차	고카페인 음료 (캔커피, 레드불, 핫식스 등)	기타 ()
_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루

이전 건강검진 관련 문항

12. 최근 5년 이내 건강검진 받은 경험이 있으신 분이라면 아래 해당되는 검사 항목을 작성하여 주십시오.

항목	시행여부	마지막 검사시기	항목	시행여부	마지막 검사시기		
기본 혈액검사	<input type="checkbox"/>	_____년	폐 CT	<input type="checkbox"/>	_____년		
내시경	위내시경	<input type="checkbox"/>		_____년	복부 CT	<input type="checkbox"/>	_____년
	대장내시경	<input type="checkbox"/>		_____년		뇌 (두부) CT	<input type="checkbox"/>
초음파	복부	<input type="checkbox"/>	_____년	뇌 MRI + MRA	<input type="checkbox"/>		_____년
	갑상선	<input type="checkbox"/>	_____년		전신 PET/CT 검사	<input type="checkbox"/>	_____년
	유방	<input type="checkbox"/>	_____년	골밀도 검사		<input type="checkbox"/>	_____년
	경동맥	<input type="checkbox"/>	_____년			()	<input type="checkbox"/>
	심장	<input type="checkbox"/>	_____년				

 **여성 건강 관련 문항** (여성분만 응답해 주십시오.)


13. 현재 월경 상태는 어떻습니까?

- ① 규칙적 ② 불규칙적 ③ 폐경 후 상태 (폐경 시기 : 만 _____ 세)
- ④ 기타 (자궁적출술, 모유수유, 피임 중)

 **영양 관련 문항**

14. 특별한 사유 없이 6개월 이내에 체중의 5~10% 이상 증가하거나 감소하였습니까?

- ① 예 (이전 _____ Kg → 현재 _____ Kg) ② 아니오

 **구강건강 습관 (설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항**

15. 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까?

()회

16. 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)

17. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?

- ① 항상 했다 ② 대부분 했다
- ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다
- ⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다

18. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다

19. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?

- ① 먹지않음 ② 1번 ③ 2~3번
- ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다

20. 하루에 탄산 또는 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?

- ① 먹지않음 ② 1번 ③ 2~3번
- ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KNUH  **경북대학교병원**
KYUNGPOOK NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL

건강증진센터 본원(삼덕동)

(우)41944 대구광역시 중구 동덕로 130(삼덕동2가 50번지)