

# 일반건강검진 / 의료급여 생애전환기검진 결과기록지

<b>성명</b>		<b>주민번호</b>		<b>핸드폰 자택</b>		
<b>주소</b>						
<b>직장명</b>			<b>부서명</b>			
<b>건강검진일</b>		년 월 일		<b>건강검진장소</b> <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장		
<b>계측 검사</b>	<b>키</b>	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	<b>몸무게</b>	kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	<b>허리둘레</b>	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재
	<b>체질량지수</b>	kg / m <sup>2</sup>		<b>시력(좌/우)</b>	/	<input type="checkbox"/> 교정
	<b>청력(좌/우)</b>	1.정상 2.질환의심 3.측정불가 / 1.정상 2.질환의심 3.측정불가 <input type="checkbox"/> 교정		<b>혈압(최고/최저)</b>	/	mmHg
<b>노인신체 기능검사</b>	<b>하지기능</b>	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초 / 보행장애 (①유 ②무)				
	<b>평형성</b>	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈뜬 상태	(한 다리로 서기) 초	
<b>정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과</b>	<b>정신건강검사 (우울증)</b>	<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 (점수 합산결과 20~27점)				
	<b>인지기능장애</b>	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요) (※ 점수산정기준 - ①아니다 : 0점, ②가끔(조금) 그렇다 : 1점, ③자주(많이) 그렇다 : 2점)				
<b>노인기능평가(문진)</b>		(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 도움 필요				
<b>노인신체기능검사</b>		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하				
<b>진찰 및 상담</b>	<b>과거병력</b>	(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)】				
	<b>가족력</b>	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】 <b>B형간염</b> (바이러스보유) 1. 예 2. 아니오 3. 모름				
	<b>생활습관</b>	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요				
<b>의심질환</b>			<b>유질환</b>			
<b>생활습관 관리</b>			<b>기타</b>			
<b>검진일</b>		<b>검진(문진)의사</b>	면허번호			
년 월 일	년 월 일		의사명 (서명)			
<b>판정일</b>		<b>검진(판정)의사</b>	면허번호			
년 월 일	년 월 일		의사명 (서명)			

## 건강검진 문진표

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

※ 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

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

※ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O'나 'V'표시를 해 주십시오.

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

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

질병명	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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

① 예 ② 아니오 ③ 모름

※ 흡연 및 전자담배 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O'나 'V'표시를 해 주십시오.

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

① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요.)

② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요.)

4-1. 현재 일반담배(굴련)를 피우십니까?

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

5-1. 현재 굴련형 전자담배(가열담배)를 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 아니오

② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요.)

5. 지금까지 굴련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스,글로,릴 등을 피운 적이 있습니까?

① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요.)

② 예 (☞ 5-1번 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 관련 문항 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O'나 'V'표시를 해 주십시오.

※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)

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)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

※ 신체활동(운동) 관련 문항 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O'나 'V'표시를 해 주십시오.

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 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? 주당 ( )일

## 정신건강검사(우울증) 평가도구

※ 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 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
<b>점 수</b>	<b>/ 27</b>			

## 건강검진 추가 문진표

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시시오.

※ 노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당) ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O'나 'V'표시를 해 주십시오.

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 O 표시를 해 주십시오.

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

# 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, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자를 대상으로 보건소에서 건강관리서비스\*를 제공하기 위해 국민건강보험공단 (이하 '공단'이라 한다)은 보건소에 해당 검진자료를 제공하고 보건소는 공단에 건강관리서비스내역을 제공하는 것과 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 국립암센터 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것과 일반건강검진 결과 폐결핵이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리본부 및 보건소에 해당 검진자료를 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 공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 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, 질병관리본부, 공단
  - ② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리, 폐결핵 관련 사후관리
  - ③ 제공하는 개인정보 항목
    - 공단 → 보건소
      - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 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
    - 공단 → 질병관리본부 및 보건소
      - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 흉부방사선 촬영결과 및 폐결핵 관련 문진자료
  - ④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년
  - ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.
- 동의함     동의하지 않음

## 2. 민감정보의 처리에 관한 동의

- 건강검진정보와 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) 법정 대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명 (기호)		좋은선린병원 (37100505)		