

# 일반건강검진 결과기록지

내원  출장

성명	주민번호	-	[바코드 붙이는곳]
전화번호 (핸드폰)	E-mail	@	
결과통보 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail	구분 <input type="checkbox"/> 직장가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자	
주소			

[직장가입자는 아래정보도 작성해 주세요]

사업장명	입사일자	근무구분	<input type="checkbox"/> 사무직 <input type="checkbox"/> 비사무직
------	------	------	--

\* 아래란은 병원에서 검사 후 기록하는 란입니다. 계속해서 뒷면의 '건강검진문진표'를 작성하여 주세요.

계측검사	키(cm)	<input type="checkbox"/> 본인기재	몸무게(kg)	<input type="checkbox"/> 본인기재	요단백	1.음성 4.양성(+2)	2.약양성(±) 5.양성(+3)	3.양성(+1) 6.양성(+4)	<input type="checkbox"/> 미 실시	
	허리둘레(cm)	<input type="checkbox"/> 본인기재	체질량지수		혈액 검사	이상지질검사		혈색소	g/dL	
						총콜레스테롤	mg/dL	AST(SGOT)	U/L	
						트리글리세라이드	mg/dL	ALT(SGPT)	U/L	
						HDL-콜레스테롤	mg/dL	감마지티피(γ-GPT)	U/L	
						LDL-콜레스테롤	mg/dL	공복혈당	mg/dL	
	시력	<input type="checkbox"/> 교정	청력	<input type="checkbox"/> 교정	흉부 방사선 검사	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 사진불량				
	좌	우	좌	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심		<input type="checkbox"/> 폐결핵의증 <input type="checkbox"/> 비결핵성 질환 <input type="checkbox"/> 순환기계 질환				
			우	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심		<input type="checkbox"/> 진단미정 <input type="checkbox"/> 미촬영 <input type="checkbox"/> 비활동성 폐결핵				
	혈압					B형 간염 검사	<input type="checkbox"/> 유질환자(활동성 폐결핵, 비결핵성 폐질환, 심장질환 기질환자)			
최고		최저		※ 청구구분 : Full Pacs						
				표면 항원 (EIA)	<input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 / 검사수치( )		기준치(0.999)			
골밀도	양방사선골밀도검사	<input type="checkbox"/> -1 이상 <input type="checkbox"/> -1~-2.5 <input type="checkbox"/> -2.5 이하			표면 항체 (EIA)	<input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 / 검사수치( )	기준치(9.99)			
정신건강 검사	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (5~9점)				검사결과	<input type="checkbox"/> 항체 있음 <input type="checkbox"/> 항체 없음 <input type="checkbox"/> B형간염 보유주 의심 <input type="checkbox"/> 판정보류				
인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이조건 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점)				노인 신체 기능 검사	하지 기능	일어나 3m 걷고 돌아와 앉기		초 / 보행장애 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 검사불가	
노인기능 평가	독감예방접종 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 폐렴예방접종 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					평형성	(한다리로 서기) 눈감은 상태		(한다리로 서기) 눈뜨은 상태	
	낙상위험/낙상경험 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 배뇨장애의심 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					검사결과	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하			
		일상생활수행능력 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요								

진찰 및 상담	과거 병력 (진단) <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유【 ① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 기타(암포함) 】	B형 간염 바이러스 보유
	(약물) <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유【 ① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 기타(암포함) 】	1. 예 2. 아니오 3. 모름
	생활습관 <input type="checkbox"/> 금연필요 <input type="checkbox"/> 절주필요 <input type="checkbox"/> 신체활동필요 <input type="checkbox"/> 근력운동필요	가족력 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유【 ① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 기타(암포함) 】

판정	<input type="checkbox"/> 정상 A <input type="checkbox"/> 정상 B ①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성폐결핵 ⑩기타질환관리( (1)혈색소과다 (2)저체중 (3)시력저하 (4)기타 )	결과통보일
	<input type="checkbox"/> 일반 질환의심 ①폐결핵 ②기타흉부질환 ③이상지질혈증 ④간장질환 ⑤신장질환 ⑥빈혈증 ⑦골다공증 ⑧난청 ⑨비만 ⑩기타질환( )	※ 문진사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함
	<input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심(확진검사대상) ①고혈압의심 ②당뇨병질환의심	검진일
	<input type="checkbox"/> 유질환자(현재약물치료중이인자) ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵	면허번호 99710 검진(문진)의사 이진우 (서명)
		판정일
		면허번호 56153 검진(판정)의사 이주하 (서명)

# 건강검진 문진표

※ 숫자란은 십단위, 일단위에 맞춰 정자체로 네모칸 안에 정확하게 숫자를 써 주십시오.

※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성하셔야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

## [ 질환력(과거력, 가족력) ]

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 복용 중이십니까? (없으면 비워두세요)

	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨	이상지 질혈증	폐결핵	기타 (암포함)
진단	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물복용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 부모, 형제, 자매 중(생존자, 사망자 모두 포함하여)에 다음 질환을 앓은 경우가 있습니까? (없으면 비워두세요)

	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암포함)
있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. B형간염 바이러스 보균자입니까?  
(B형간염 진단을 받은 경우만 "예"로 체크 하세요)

- 예       아니요       모름

## [ 흡연 및 전자담배 ]

4. 지금까지 평생 총5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까?

- 아니요 (5번 문항으로 가세요)     예 (4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반 담배(궐련)를 피우십니까?  
· 현재 흡연자: 흡연기간, 하루평균 흡연량 작성  
· 과거 흡연자: 흡연기간, 하루평균 흡연량, 끊은기간 작성

<input type="checkbox"/> 현재흡연자 →	흡연기간	하루평균	끊은지
	십단위 일단위	십단위 일단위	십단위 일단위
<input type="checkbox"/> 과거흡연자 →	년	개비	년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예: 아이코스, 글로, 릴 등)를 피운 적이 있습니까?

- 아니요 (6번 문항으로 가세요)     예 (5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배)를 피우십니까?  
· 현재 흡연자: 흡연기간, 하루평균 흡연량 작성  
· 과거 흡연자: 흡연기간, 하루평균 흡연량, 끊은기간 작성

<input type="checkbox"/> 현재흡연자 →	흡연기간	하루평균	끊은지
	십단위 일단위	십단위 일단위	십단위 일단위
<input type="checkbox"/> 과거흡연자 →	년	개비	년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?  
 아니요 (7번 문항으로 가세요)     예 (6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?  
 아니요     월 1~2일     월 3~9일  
 월 10~29일     매일

## [ 음주 ]

7. 지난 1년간 술을 마시는 횟수는 어느 정도 입니까? (1개만 응답)

- 1일주일에  번       한 달에  번  
 1년에  번       마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? (하루 평균)

	잔		병		캔		CC			
	십단위	일단위	십단위	일단위	십단위	일단위	천단위	백단위	십	일
맥주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
소주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
양주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
막걸리	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
와인	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

작성요령 :  
\*잔, 병, 캔, CC 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술에 표기)  
※ 되도록 잔수로 기재 요망  
ex) 소주 : 반병 - 4잔, 1병 - 7잔

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도 마십니까? (하루 평균)

	잔		병		캔		CC			
	십단위	일단위	십단위	일단위	십단위	일단위	천단위	백단위	십	일
맥주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
소주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
양주	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
막걸리	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
와인	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

작성요령 :  
\*잔, 병, 캔, CC 중 한곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술에 표기)  
\*폭음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단  
※ 되도록 잔수로 기재 요망  
ex) 소주 : 반병 - 4잔, 1병 - 7잔

## [ 신체활동(운동) ]

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? (고강도신체활동 예시: 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장노동, 계단으로 물건 나르기 등)  
 안한다     1일     2일     3일     4일     5일     6일     7일

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? (중강도신체활동 예시: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기 청소 등) ※ 8번 응답에 관련된 신체활동 제외  
 안한다     1일     2일     3일     4일     5일     6일     7일

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?  
 안한다     1일     2일     3일     4일     5일     6일     7일