

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 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단' 이라 한다)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, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 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, 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, 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

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

- 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)

경기도의료원 파주병원 (31100325)

빨간색 테두리만 작성하세요.

항혈전제복용여부			위암	간암	대장암	유방암	자궁암	비고
유	무	모름						

건강검진문진표

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

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주소	E-mail		건강검진 결과통보서 수령방법 ☐ 우편 ☐ E-mail

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

질환력

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

	진단		약물치료	
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?(가족력)

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

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

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

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

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

5. 지금까지 궤련형 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 궤련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

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

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.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오
(술종류는 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
(술종류는 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 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

* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시요.

* 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

구강검진 문진표

☐ 빨간색 테두리만 작성하세요.

수검자성명				주민등록번호	-
도 로 명 주 소					
전 화 번 호		핸 드 폰		E-mail주소	

(치과)병력과 구강건강인식도 관련문항

- 최근 1년간 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에
가신적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 현재 심혈관질환을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 틀니 때문에
음식을 씹는데 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 치아가 쏘이거나 욱신거리거나 아픈
적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이
어떤 편이라고 생각하십니까?
① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통
④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

**구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생,
불소이용, 흡연) 관련 문항**

- 치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까? ()회

- 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나
자주 하였습니다?
① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회)
③ 가끔했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을
얼마나 자주 이용하셨습니다?
① 항상 했다 ② 대부분 했다
③ 가끔했다 ④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다
- 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게
달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번이상 ⑤ 모르겠다
- 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온음료,
과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?
① 먹지않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번이상 ⑤ 모르겠다
- 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다
③ 이전에 피웠으나 끊었다

※ 특별한 증상 혹은 치과 의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게
쓰십시오.

암검진 문진표

☐ 빨간색 테두리만 작성하세요.

항혈전제복용여부	위암	간암	대장암	유방암	자궁암	비고
유 무 모름						

수검자 성명	주민등록 번호	전화번호	자택 핸드폰
도로명 주소		☐ 건강보험가입자 ☐ 의료급여수급권자	
		결과통보서 수령방법	☐ 우편 ☐ E-mail
		E-mail 주소	

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

암 검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 '○' 표시해 주십시오.

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?
① 예(증상: _____) ② 아니오
- 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?
① 아니오 ② 체중감소(_____ Kg)
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까? (☐ 해당사항 없음)

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유 방 암							
대 장 암							
간 암							
자궁경부암							
기타(____암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? (☐ 해당사항 없음)

검 사 명		검 사 시 기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년미만	2년이상~ 10년미만
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
간 암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

※ 해당되는 곳에 '○' 표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있습니까?

질환명	위 궤양	위축성 위염	장상피화생	위 용 종	기 타	없 음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있습니까?

질환명	대장용종(폴립)	궤양성 대장염	크론 병	치질(치핵, 치열)	기 타	없 음
질환유무						

7. 간(肝)질환이 있습니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기 타	없 음
질환유무						

여성분들만 응답해주세요.

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 _____ 세 ② 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
③ 폐경되었음 (폐경연령 : 만 _____ 세)

10. 폐경 후 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 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성 종양이란 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 1년 미만 복용
③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음