

건강검진이 평생건강의 시작입니다.

건강검진문진표



본 기록지는 귀하의 건강상태를 평가하기 위한 기초자료입니다.
항목을 빠짐없이 **미리 작성**해주시고 **검진일에 제출**해 주십시오.

검진일

성 명

종합 검진 안내

※ 원활한 검사 진행을 위하여 검진 전 유의사항을 반드시 확인 후 준비 부탁드립니다. ※

검진내원	당일 검진 : 오전 7:30~8:30 까지 내원
금식	- 검사 전날 저녁은 7시 이전에 가볍게 드시고 밤 10시부터 금식(물 포함) 하시고 오시기 바랍니다. 대장내시경 검사를 예약하신 분은 별도의 검사안내문을 참고해 주십시오. - 검사 당일 아침에는 식사, 물, 담배, 껌, 은단 복용은 삼가주시기 바랍니다.
복용약 확인	항응고제(쿠마딘, 와파린등), 항혈전제(아스피린, 아스트릭스등) : 반드시 주치의와 상담 후 약 복용 중단여부를 확인하시기 바랍니다. 혈압약, 심장약, 항경련제 : 오전 6시 이전에 최소량의 물과 함께 복용하십시오. 당뇨약, 인슐린 주사 : 검진당일 아침에는 복용 및 주사를 금합니다.
채변	대변은 전날 저녁이나 당일 아침에 약 5g(강낭콩 크기)정도를 채취하여 내원 시 제출하시기 바랍니다.
검진준비물	채변통, 문진표

※ 검진 전 유의사항

- 추가검사를 원하시면 사전에 문의, 예약해 주시기 바랍니다. 당일은 추가 검사가 어려울 수 있습니다.
- 진정(수면)내시경 후 당일 운전은 절대 불가합니다. 대중교통 이용 또는 반드시 보호자를 동반하여 주시기 바랍니다.
- 진정(수면)위내시경의 경우 앞니의 치아손상, 신경치료, 임플란트, 치아교정을 받으시는 분은 치아에 문제가 발생할 수 있습니다. 사전에 직원에게 알려주십시오.
- 전립선 초음파검사를 예약 한 분은 별도의 검사안내문을 확인하시기 바랍니다.
- 위,대장 내시경 검사 중 용종의 모양과 위치에 따라 검진센터 내시경실에서 제거 불가능한 경우 추후 소화기내과 외래 진료 후 시술 일정을 예약하셔야 합니다.
- 검진 당일에는 편한 복장으로 오시고 **금속류의 악세사리(귀걸이, 피어싱, 팔찌, 반지, 시계 등)는 검사에 지장을 초래할 수 있고, 귀중품은 분실 위험이 있으니 제거 후 내원하시기 바랍니다.**
- 과거 약물에 대한 알러지나 과민반응이 있으셨던 분은 직원에게 미리 알려주시기 바랍니다.(조영제, 기타약물)
- 콘택트렌즈를 사용하시는 분은 검진 당일은 가급적 안경을 착용하시기 바랍니다.

※ 여성의 경우

- 생리 중이거나 생리가 끝난 직후 검사를 할 경우 결과가 부정확할 수 있으니 생리가 끝난 후 4-5일 정도 지난 시점에 재방문하여 검사 받으시기 바랍니다.
- 수유 중일 경우, 임신부, 임신가능성이 있으신 분은 일부검사에 제한이 있을 수 있으니 반드시 확인 후 내원하시기 바랍니다.
- 검진 당일 메니큐어(젤네일)나 립스틱은 지우고 오시기 바랍니다. (진정(수면)내시경 검사 시 관찰 필요)

문진표 작성요령

✔ 표기는 **검정색 볼펜**으로 '□' 안에 진하고 **정확하게 표시**해 주십시오.

올바른 표기법

예시 1) ■

예시 2) ●

예시 3) ☒

예시 4) ☑

잘못된 표기법

예시 1) ☑

체크박스 안으로
표시해 주십시오.

예시 2) ☑

아래 체크칸에 달지
않게 해 주십시오.

예시 3) ☑☑

옆의 체크칸에 달지
않게 해 주십시오.

예시 4) ☑☑

잘못 표기시 꼭!
수정테이프를
사용해 주십시오.

바 코드

개인정보 작성란

검진일	년	월	일
성명			
생년월일			
휴대폰			
주소			
E-mail			
직장명			
결과지 수령방법	☐ 모바일 ☐ 우편(등기)		
결과 확인 방법	☐ 방문상담 ☐ 전화상담 ☐ 결과지만 수령		

개인정보 수집 이용 제공 동의서

1. 개인정보의 수집 · 이용

동국대학교 일산불교(한방)병원은 귀하의 소중한 개인정보를 아래의 목적으로 수집, 이용합니다.

[개인정보 수집 이용 목적]

- 가. 진단 및 치료를 위한 서비스 제공
- 나. 진료비 청구, 수납, 환급 등 진료지원을 위한 자료
- 다. 교육, 연구, 치료결과 추후조사에 필요한 자료
- 라. 퇴원 후 환자상태 확인을 위한 전화방문 서비스 제공(해피콜)
- 마. 외부 수탁검사 및 임상시험심사를 위한 기초자료
- 바. 진료비계산서, 제증명서, 건진 및 검사관련 물품 및 결과 발송
- 사. 고지사항 전달, 불만 처리 등을 위한 의사소통 경로로 이용
- 아. 새로운 서비스 및 행사정보 안내 제공
- 자. 의료의 질관리, 의료기관 인증평가 및 병원운동을 위한 법적 행정적 대응 및 조치
- 차. 소비자 기본법 제 52조에 의거한 소비자 위해 정보 수집

[수집하는 개인정보의 항목 이용]

※ 진료 예약 및 상담, 수납 업무, 건강정보 제공 등을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집하고자 합니다.

- ▶ 필수항목 : 성명, 주소 ▶ 선택항목 : 전화번호, 이메일(E-mail) 주소

※ 필수항목 동의 거부 시 의료법에 따라 정상적인 진료 서비스를 제공받을 수 없습니다.

※ 선택항목 거부 시 불이익은 없으나 알림 및 긴급 연락 등 해당 서비스를 제공받을 수 없습니다.

[개인정보의 보유, 이용기간]

개인정보는 [개인정보의 수집 및 이용목적]을 위한 서비스 제공 기간 동안에 한하여 보유 및 이용되며, 진료서비스 제공을 위하여 수집된 정보는 의료법에 준하여 보관하고 있습니다. 다만, 수집 목적 및 제공받은 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있습니다.

☐ 위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

2. 고유식별정보의 수집 · 이용

1항 개인정보 수집 이용을 위하여 아래와 같이 고유식별 정보를 수집, 이용하고자 합니다.

- ▶ 주민등록번호, 외국인번호 (외국인에 한함)

☐ 위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

3. 민감정보(건강정보)정보의 수집, 이용

1항 최적의 진료 및 연구 등을 위하여 아래와 같이 민감정보(건강정보)를 수집, 이용하고자 합니다.

- ▶ 병력 및 가족력 등 의료진이 필요하다고 판단되는 개인 건강 정보 등

☐ 위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

4. 영상정보처리기기 운영

환자와 의료진의 안전 등을 보호하기 위해 일부(응급실 등) 장소에 CCTV를 운영하고 있습니다.

☐ 위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

5. 건강정보 제공 및 안내

진료의 건강정보, 병원에서 발행하는 행사소식지 및 병원 홍보를 위하여 아래의 항목을 이용하고자 합니다.

- ▶ 주소, 전화번호,이메일 (E-mail) 주소

※ 건강정보 제공 및 안내 등의 거부 시 불이익은 없으나 해당 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

※ 자세한 내용은 동국대학교 일산병원 홈페이지 (<http://www.dumc.or.kr>) 하단의 개인정보 처리(취급) 방침 내용을 참고하시기 바랍니다. 「개인정보보호법」에 의거 위와 같이 개인 정보수집 및 이용에 동의합니다.

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	동국대학교 일산불교병원 (31100881)

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체·정신적 장애 ☐ 만 14세 미만 아동 (법정대리인) ☐ 의식불명
☐ 환자의 심신에 나쁜 영향을 미침 ☐ 기타

일반(암) 건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.
정보제공에 동의하는 검진종별에 ☒ 하시기 바랍니다.

[☐ 일반건강검진(의료급여생애 전환기검진 포함), ☐ 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암)]

- ❖ 일반건강검진 결과에서 **고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등이 의심되거나 질환이 있는 분들에게** 건강관리서비스*를 제공하기 위해 **국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다)**이 보건소에 해당 검진자료를 제공하고, 보건소는 공단에 건강관리 서비스 내역을 제공하는 것
*건강관리서비스: 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양 등
- ❖ 일반건강검진 결과에서 **폐결핵, C형 간염이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리청 및 보건소에** 해당 검진자료를 제공하는 것
- ❖ 인지기능장애 검사결과에서 **인지기능 저하 의심으로 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 치매안심센터(중앙 및 광역 포함)에** 해당 검진자료를 제공하는 것
- ❖ **장애인의 건강보건관리(사후관리)를 위해 공단이 장애인보건의료센터(중앙·지역)에 장애인의 일반건강검진 자료를** 제공하는 것
- ❖ 암검진 결과에서 **이상소견이나, "암의심" 또는 "암" 판정을 받은 경우에는 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 국립암센터에** 해당 검진자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유 식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 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 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

- ① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청, 공단, 치매안심센터, 장애인보건의료센터(중앙·지역)
- ② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능장애 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단결과서(舊 보건증) 발급 시 활용
- ③ 제공하는 개인정보 항목 *개인식별정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등

구분	활용기관	개인정보 항목
■ 일반건강검진 결과	공단 → 보건소, 장애인보건의료센터	개인식별정보(*), 건강검진 결과, 문진표
- 흉부방사선 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표
- C형간염 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표
- 인지기능장애 검사 결과	공단 → 치매안심센터(중앙·광역 포함)	개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
■ 암검진 결과	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
■ 건강관리 서비스 내역	보건소 → 공단	보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 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	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	동국대학교 일산불교병원 (31100881)

정신건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.

- ① 일반건강검진·의료급여 생애전환기 검진 결과 **중간 정도 이상 우울증 의심**이거나 **조기정신증 선별검사(CAPE-15) 결과 심층 상담이 필요한 분들**에게 정신건강서비스를 제공하기 위해, **공단**이 보건소, 보건복지부, 사회보장정보원 및 정신건강복지센터에 해당 검사 결과 자료를 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 비밀 준수 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

○ 귀하의 개인정보를 검진기관으로부터 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터

② 개인정보제공 목적: 정신건강검사(PHQ-9, CAPE-15) 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- (일반건강검진 정신건강검사 결과) 공단 → 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터
· 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보, PHQ-9 및 CAPE-15 검사결과 및 문진표

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 사후관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	동국대학교 일산불교병원 (31100881)

건강검진 문진표

질환력(과거력, 가족력)

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물치료 중이십니까? ☐ 모두 해당 없음

질병명	뇌졸중 (중풍)	심근경색 /협심증	고혈압	당뇨병	이상 지질혈증	폐결핵	우울증	조기 정신증	C형간염	만성폐쇄성 폐질환	기타 (암포함)
진단	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
약물치료	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있습니까? ☐ 모두 해당 없음

☐ 뇌졸중(중풍) ☐ 심근경색/협심증 ☐ 고혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 기타(암포함)

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

흡연 및 전자담배

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

☐ 아니요 (5번 문항으로) ☐ 예 (4-1번 문항으로 →)

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

☐ 현재 피움

→ 총()년, 하루평균()개비

☐ 과거에 피웠으나 현재 피우지 않음

→ 총()년, 하루평균()개비, 끊은지()년

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

☐ 아니요 (6번 문항으로) ☐ 예 (5-1번 문항으로 →)

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

☐ 현재 피움

→ 총()년, 하루평균()개비

☐ 과거에 피웠으나 현재 피우지 않음

→ 총()년, 담배사용했을 때 하루평균()개비, 끊은지()년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

☐ 아니요 (7번 문항으로) ☐ 예 (6-1번 문항으로 →)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

☐ 아니요 ☐ 월 1~2일 ☐ 월 3~9일

☐ 월 10~29일 ☐ 매일

흡연기간		하루 평균		끊은지	
총 _____ 년		_____ 개비		_____ 년	
십의자리	일의자리	십의자리	일의자리	십의자리	일의자리
	0		0		0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

흡연기간		하루 평균		끊은지	
총 _____ 년		_____ 개비		_____ 년	
십의자리	일의자리	십의자리	일의자리	십의자리	일의자리
	0		0		0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

음주 ※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?
(1개만 응답)

- 택1
- ☐ 술을 마시지 않는다(8-1번 문항으로)
 - ☐ 1주일에 ()번
 - ☐ 한 달에 ()번
 - ☐ 1년에 ()번
- ※ 술 마시는 횟수 OMR 표시 후,
7-1, 7-2번 문항도 작성해 주세요.

술 마시는 횟수	
회	
심의자리	일의자리
	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 술 종류와 단위는 1개만 선택
하여 네모 안에 숫자 기입 후
OMR 표시해 주세요.

* 잔, 병, 캔, CC 중 한 곳에만
작성해 주십시오. (하루에
마신 총량으로 합산, 기타
술은 비슷한 술에 표시)

소주		맥주		양주		막걸리		와인	
☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병 ☐ 캔 ☐ OCCC		☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병	
심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리
	0		0		0		0		0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던
음주량은 어느 정도입니까?

* 술 종류와 단위는 1개만 선택
하여 네모 안에 숫자 기입 후
OMR 표시해 주세요.

* 잔, 병, 캔, CC 중 한 곳에만
작성해 주십시오. (하루에
마신 총량으로 합산, 기타
술은 비슷한 술에 표시)

소주		맥주		양주		막걸리		와인	
☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병 ☐ 캔 ☐ OCCC		☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병		☐ 잔 ☐ 병	
심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리	심의자리	일의자리
	0		0		0		0		0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동**을 며칠하십니까?

(예: 달리기, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)

주당()일

일수	0	1	2	3	4	5	6	7
----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

하루에 ()시간()분

시간	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

분	0	10	20	30	40	50
---	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동**을 며칠하십니까? ※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외

(예 : 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등)

주당()일

일수	0	1	2	3	4	5	6	7
----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도신체활동을 몇시간 하십니까?

하루에 ()시간()분

시간	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

분	0	10	20	30	40	50
---	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

10. 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 **근력운동**을 한 날은 며칠입니까? 주당()일

일수	0	1	2	3	4	5	6	7
----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

정신건강검사 평가(PHQ-9)

- 20~34세(2년마다), 35~39세(1회), 40~70세(10년동안 1회) ☐ 해당없음

한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

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	☐	☐	☐	☐
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	☐	☐	☐	☐
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	☐	☐	☐	☐
4. 피곤함, 기력이 저하됨	☐	☐	☐	☐
5. 식욕 저하 혹은 과식	☐	☐	☐	☐
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	☐	☐	☐	☐
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	☐	☐	☐	☐
8. 남들이 알아챌 정도로 행동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	☐	☐	☐	☐
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	☐	☐	☐	☐

정신건강검사 평가(CAPE-15)

- 20~34세(2년마다)

☐ 해당없음

한글판 Community Assessment of Psychic Experiences-15: CAPE-15

각 항목에 대해 얼마나 자주 해당 사항을 경험하는지 답해주시고, 해당 경험이 있을 경우 얼마나 힘들었는지 체크해 주십시오.

	빈도				고통			
	없음	가끔	자주	거의 항상	없음	조금	상당히	매우
1. 사람들이 당신에 대해 넌지시 말하거나, 숨겨진 의미로 어떤 말을 하는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 어떤 사람들이 겉으로 보이는 것과 다른 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 어떤 식으로든 당신이 괴롭힘 당하고 있는 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 당신을 둘러싼 음모가 있는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 당신의 외모 때문에 사람들이 당신을 이상하게 쳐다보는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 컴퓨터와 같은 전자 기기들이 당신이 생각하는 방식에 영향을 끼치는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 당신의 머릿속 생각들을 누군가 빼앗아 가고 있는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 당신의 머릿속 생각들이 자신의 것이 아닌 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 당신의 생각들이 너무나 생생해서 다른 사람들이 당신의 생각을 들을까 봐 걱정된 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 당신의 생각을 메아리처럼 들어본 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 어떤 기운이나 힘이 당신을 통제하는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 가족이나 친구, 지인들과 똑같이 생긴 분신이 나타난 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 혼자 있을 때 어떤 음성을 들은 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. 혼자 있을 때 어떤 사람들이 서로 말하는 것을 들은 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. 다른 사람 눈에는 보이지 않는 어떤 사물이나, 사람, 혹은 동물을 본 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

암검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에는 불편한 증상이 있습니까?

☐ 예 (증상: _____) ☐ 아니요

2. 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

☐ 아니요 ☐ 체중감소 → ☐ 5kg ☐ 6kg ☐ 7kg ☐ 8kg ☐ 9kg ☐ 10kg이상 () kg

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

※ 없는 경우도 빠짐없이 체크해 주세요.

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
유방암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
대장암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
간암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
자궁경부암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
폐암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
기타() 암	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검사 시기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년 이상 ~ 2년 미만	2년 이상 ~ 10년 미만
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)	☐	☐	☐	☐
	위내시경	☐	☐	☐	☐
유방암	유방촬영	☐	☐	☐	☐
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)	☐	☐	☐	☐
	대장내시경	☐	☐	☐	☐
자궁경부암	자궁경부 세포검사	☐	☐	☐	☐
폐암	흉부CT	☐	☐	☐	☐
간암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월 ~ 1년 사이	1년 보다 오래 전에
		☐	☐	☐	☐

위, 대장, 간, 폐 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

☐ 위궤양 ☐ 위축성 위염 ☐ 장상피화생
☐ 위용종 ☐ 기타 ☐ 없음

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

☐ 대장용종 ☐ 궤양성 대장염 ☐ 크론병
☐ 치질(치핵, 치열) ☐ 기타 ☐ 없음

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

☐ B형간염 바이러스 보유자 ☐ 만성 B형간염 ☐ 만성 C형간염
☐ 간경변 ☐ 기타 ☐ 없음

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

☐ 만성폐쇄성폐질환(만성기관지염, 폐기종 등) ☐ 폐결핵 ☐ 폐결절
☐ 간질성폐질환 ☐ 진폐증 ☐ 기타 ☐ 없음

(여성분들만 작성해 주십시오)

방사선 관련 검사 시행 동의서

※ 방사선검사는 검사 종류에 따라 위험도가 다르므로 가임기 여성의 경우 임신가능성이 없는 경우 검사를 시행하실 수 있습니다.

· 현재 임신 가능성이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

· 방사선 관련 검사를 시행하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

▶ 이 결정에 따르는 위험에 대해 본인이 책임 질 것임을

☐ 동의합니다.

☐ 동의하지 않습니다.

수검자 : _____ (서명)

자궁경부암 세포진검사, 액상자궁경부 세포검사 방법 숙지 및 동의서

※ 자궁경부암 세포진검사, 액상자궁경부세포검사 방법은 다음과 같습니다.

1. 수검자는 산부인과 진찰대에 골반을 펼친 상태로 눕게 됩니다.
2. 검사는 질경을 질 입구로 삽입한 후 세포채취용 솔로 자궁경부세포를 채취합니다.
3. 시간은 1~3분 정도 소요되며, 여기서 나온 채취표본을 현미경으로 검사해 암세포 유무를 판별합니다.
4. 단, 이 검사는 기혼자 혹은 성관계 경험자에게만 실행이 가능한 검사로 성관계 경험이 없는 여성이 시행받았을 경우 처녀막 손상 및 이상출혈의 가능성이 있을 수 있습니다.
5. 검사 후 하루 정도 피가 비치는 경우도 있으나 대부분 자연적으로 멈추며 만약 출혈이 심할 경우 (생리 전인지 확인 후) 검진센터로 문의하시기 바랍니다.

▶ 본인은 상기 내용을 숙지하고 검사 진행에

☐ 동의합니다.

☐ 동의하지 않습니다.

수검자 : _____ (서명)

유방 및 자궁경부 관련 문항

(여성분들만 작성해 주십시오)

9. 월경을 언제 시작하셨습니다?

☐ 월경 했음

※ 시작연령을 표시해 주세요.

→ (세) →

☐ 초경이 없었음

월경 시작 연령		
	십의자리	일의자리
0		0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

☐ 아직 월경이 있음☐ 자궁 적출술을 하였음☐ 폐경 되었음

※ 폐경연령을 표시해 주세요.

→ (세) →

☐ 병력으로 월경하지 않음

폐경 시작 연령		
	십의자리	일의자리
0		0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

☐ 호르몬 제제를 복용한 적 없음☐ 2년 미만 복용☐ 2년 이상 ~ 5년 미만 복용☐ 5년 이상 복용☐ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

☐ 1명☐ 2명 이상☐ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

☐ 6개월 미만☐ 6개월 ~ 1년 미만☐ 1년 이상☐ 수유한 적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까? (양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

☐ 예☐ 아니요☐ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

☐ 복용한 적 없음☐ 1년 미만 복용☐ 1년 이상 복용☐ 모르겠음

여성건강 관련 문항

- 결혼을 하셨습니까? ☐ 예
☐ 아니요 → • 성관계를 하신 적은 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
- 출산을 하신 적이 있나요? ☐ 예 → • 어떤 방법으로 하셨나요? ☐ 전부 자연분만
☐ 아니요 ☐ 전부 제왕절개
☐ 자연분만+제왕절개
- 현재 자녀 수는 어떻게 되십니까? 명
- 마지막 자궁경부 세포 검사(자궁경부암 검사)를 하신 시기는 언제인가요? 년 월 일
→ 검사 결과에 이상 소견이 있으셨나요? _____
- 폐경이 되신 분
① 폐경연령 : 만 세
② 폐경 후 호르몬제를 처방 받아 복용하셨나요? ☐ 한번도 없다
☐ 복용한 적 있으나 지금은 안한다
☐ 현재 복용 중
③ 폐경후 비정상적인 출혈이 있었습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
- 폐경이 안 되신 분
① 마지막 생리 첫날은 언제인가요? 년 월 일
② 평소 생리 주기는 규칙적입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
③ 며칠 주기입니까? (생리 첫날부터 다음 생리 첫날까지의 기간) 일
④ 생리는 평균 며칠 동안 하십니까? 일
⑤ 생리양은? ☐ 소량 ☐ 보통 ☐ 많음 ☐ 아주 많음
⑥ 생리 기간이 아닌데 피가 비친 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
- 부인과 질병으로 수술을 받으셨나요? 받으셨다면 언제 받으셨나요? (중복체크 가능)
☐ 없다 ☐ 자궁적출술 ()세 ☐ 자궁근종제거술 ()세
☐ 난소수술 ()세 ☐ 나팔관수술 ()세 ☐ 기타 _____
- 산부인과 쪽으로 불편한 증상이나 궁금한 점이 있으면 적어주십시오.

유방 검사 설문지

검진일자	월	일	등록번호	성명
------	---	---	------	----

1. 최근 3개월 이내 유방에 다음과 같은 변화나 불편한 점이 있습니까?

- ☐ 불편한 점이 없음
- ☐ 유방에 만져지는 것 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
- ☐ 유두 함몰 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
- ☐ 유즙 분비 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
- ☐ 유방 통증 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
- ☐ 유방 피부 변화 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
- ☐ 겨드랑이 혹 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)



2. 유방 검사를 받은 적이 있으시다면 **마지막 검사**는 무엇입니까?

- ☐ 받은 적 없음 ☐ 유방진찰 ☐ 유방 X-Ray(압박)검사 ☐ 유방 초음파 검사

1) **마지막 검사**는 언제 하셨습니까? 년 월

2) 그 결과는 어떠하십니까? ☐ 정상 ☒ 비정상

소견 : ☐ 멍울 ☐ 석회화
 위치 : ☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽

3. 아래의 가족 중에 유방암이 있으신 분이 있습니까?

- ☐ 없음 ☐ 있음 관계: ☐ 어머니 ☐ 여자형제 ☐ 딸
- 있으시다면** 그 분의 암 발견시 연령은 어떻게 되십니까? 만 세

4. ● 현재 몸무게 : kg ● 키 : cm

5. 과거 유방에 관한 시술이나 수술 경험이 있습니까?

- ☐ 받은 적 없음 ☐ 조직검사 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
☐ 유방 성형 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
☐ 유방암 수술 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)
☐ 암이 아닌 유방 수술 (☐ 양쪽 ☐ 왼쪽 ☐ 오른쪽)

6. 자녀를 출산 하셨습니까?

- ☐ 출산한 적 없음
☐ 출산한 적 있음 → 명
- 1) 첫 출산 당시 연령은 어떻게 되십니까? 만 세
 2) 모유 수유는 하셨습니까? ☐ 한적 없음 ☐ 했음

7. 현재 월경 상태는 어떠십니까?

- ☐ 아직 월경이 있음 (마지막 월경일: 년 월 일)
- ☐ 적출술을 하였음 (수술시 연령: 만 세)
- ☐ 폐경 되었음 (폐경 연령: 만 세)

8. 다음 약을 복용하신 적이 있습니까?

- ☐ 없음 ☐ 여성호르몬: 년 월 ~ 년 월 (개월)
☐ 피임약: 년 월 ~ 년 월 (개월)

문의

동국대학교일산병원 건강증진센터

031-961-7700

건강은 타고 나는 것이 아니라
준비하는 사람의 선택에 의해
달라질 수 있습니다.

건강하고 행복한 나를 위한 선택,
동국대학교일산병원 건강증진센터가 함께합니다.

동국대학교일산병원 | 건강증진센터
dongguk university ilsan hospital



지하철+버스연계

3호선 원당역 (2번출구) : 097, 098, 099, 567, 9703
3호선 백석역 (중앙버스 전용차로 승강장) : 871
3호선 마두역 (중앙버스 전용차로 승강장) : 080, 081, 05, 871, M7119
3호선 주엽역 : 080, 039
3호선 대화역 : 080, 039
경의선 백마역 : 081, 039
경의선 풍산역 : 081, 087

버 스

마을버스 : 080, 081, 087, 097, 098, 099, 039, 050
도 시 형 : 05, 567, 7728
광 역 형 : 9703, 9600, M7119
좌 석 형 : 871

10326 경기도 고양시 일산동구 동국로 27
대표전화 : 1577-7000 www.dumc.or.kr