

일반건강검진 결과기록지

사업장명		성명		사원번호	
사업소명		주민등록번호	-	연락처(HP)	
건강검진일	년 월 일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장		

구분	검사항목	결과			
계측검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	몸무게	kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	
	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	체질량지수	kg/m ²	
	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정	청력(좌/우)	/	<input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 측정불가
	혈압(최고/최저)	/ mmHg			
요검사	요단백	1. 음성 2. 약양성(±) 3. 양성(+1) 4. 양성(+2) 5. 양성(+3) 6. 양성(+4)			
혈액검사	혈색소	g/dL	공복혈당	mg/dL	
	총콜레스테롤	mg/dL	HDL-콜레스테롤	mg/dL	
	트리글리세라이드	mg/dL	LDL-콜레스테롤	mg/dL	
	혈청크레아티닌	mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)	mL/min/1.73m ²	
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)	U/L	
	감마지티피(γ-GTP)	U/L			
흉부방사선검사		1. 정상 2. 사진불량 3. 비활동성(정상) 7. 폐결핵의증 8. 비결핵성 질환 9. 순환기계 질환 10. 진단미정 11. 미촬영 12. 유질환자 13. 비활동성 폐결핵			
B형간염검사	표면항원	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치()이하
	표면항체	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치()이하
	검사결과		1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형 간염 보균자 의심 4. 판정 오류		
노인신체기능검사	하지기능		(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/보행장애(①유 ②무)		
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태	(한 다리로 서기) 초
골밀도검사	양방사선(말단)골밀도검사	측정부위	<input type="checkbox"/> 고관절	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하	
	정량적전산화단층골밀도검사		<input type="checkbox"/> 요추	① 120 초과 ② 80 ~ 120 ③ 80 미만	
	초음파골밀도측정		<input checked="" type="checkbox"/> 기타	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하	
	검사결과		T-점수	① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증	
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과		정신건강검사(우울증)	<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)		
		인지기능장애	<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)		
노인기능평가(문진)		(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요			
노인신체기능검사		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하			
진찰 및 상담	과거병력	(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)】			
	가족력	직계가족의 심혈관 질환의 조기발병		직계가족 ()가 ()세경에 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색 발병	
	생활습관	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요			
의심질환		유질환			
생활습관 관리		기타			
판정	<input type="checkbox"/> 정상A				
	<input type="checkbox"/> 정상B ①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 ⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타)				
	<input type="checkbox"/> 일반 질환의심 ①폐결핵 ②기타흉부질환 ③이상지질혈증 ④간장질환 ⑤신장질환 ⑥빈혈증 ⑦골다공증 ⑧난청 ⑨비만 ⑩기타질환()				
	<input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심 ①고혈압 ②당뇨병				
	<input type="checkbox"/> 유질환자 ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵				
검진일		검진(문진)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				
판정일		검진(판정)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				

* 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

[별지 제1호 서식]

건강검진 문진표

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

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주소	E-mail		건강검진 결과통보서 수령방법 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail

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

 질환력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

 흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

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

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까?

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

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 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 아니요
 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

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

- ① 아니요 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, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)


술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

* 폭음 : 하루 동안의 최대음주량으로 판단

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

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시고.

* 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

수검자성명		주민등록번호		전화번호	자택 핸드폰
주소				E-mail	
				건강검진 결과통보서 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail



(치과)병력과 증상

1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다
3. 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까?
(예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등)
① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다
4. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 육신거리거나 아픈 적 있습니까?
① 예 ② 아니요
5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까?
① 예 ② 아니요



구강위생관리

9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까?
하루 평균 () 회
10. 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)
11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간 칫솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?
① 항상 했다
② 대부분 했다
③ 가끔 했다
④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다



구강건강 삶의 질과 인식

6. 최근 3개월동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는데 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
7. 스스로 생각할 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각합니까?
① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다
④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다



불소이용

12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
① 예 ② 아니요
③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다



식습관

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈 끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
④ 3번 ⑤ 4번 이상
14. 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료 (예. 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
④ 3번 ⑤ 4번 이상



흡연

8. 담배를 피웁니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다
③ 이전에 피웠으나 끊었다



특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

