

# 건강검진 문진표

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

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

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

## 질할력(과거력, 가족력)

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

	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

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

	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

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. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

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

5. 지금까지 궤련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적 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	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루 평균 _____개비	끊은지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오  
② 예 (☞ 6-1번 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

※ 지난 1년간

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ( )번    ② 한 달에 ( )번  
③ 1년에 ( )번  
④ 술을 마시지 않는다.

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

## 신체활동 (운동)

7-1. 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

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ( )일

\* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.  
\* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ( )일

## 건강검진 추가 문진표

수검자성명		주민등록번호	
-------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.



### 노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

- 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
- 폐렴예방접종을 받으셨습니까?  
① 예                      ② 아니오
- 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.  
아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오.
  - 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?  
① 예                      ② 아니오
  - 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
  - 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
  - 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
  - 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
  - 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?  
① 예                      ② 아니오
- 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?  
① 예                      ② 아니오
- 배노장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?  
① 예                      ② 아니오