

종합건강검진 문진표

수검자성명		주민등록번호	
결과받을 주소			
휴대폰번호		전화번호	
E-mail		검진결과 설명	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 일반우편
※ 아래 기입란은 직장가입자일 경우 작성 부탁드립니다.			
사업자명		사원번호	
사업자등록번호		회사전화번호	
대표자명		회사주소	

※ 국민건강보험공단 검진대상자인 분은 본원에서 청구하는 것에 동의하십니까?	예	아니오

저희 효성병원 건강검진센터를 찾아주셔서 감사합니다.
첨부해드린 건강검진 문진표, 구강검진 문진표, 동의서 등을 작성하여 제출바랍니다.

◆ 검진 전 주의사항

- ▶ 대변은 채취 48시간 이내의 대변이 좋습니다. (차고 서늘한 곳에 보관해 주세요.)
- ▶ 채변봉투(채변통)에 엄지손톱 크기만큼 대변을 담아오시기 바랍니다.

① 검진 전날

- ▶ 검진 전날 저녁식사는 7시 전까지 가볍게 하신 후, **10시부터 금식**하시고 충분한 수면을 취하십시오. (단, 대장내시경을 하시는 분들은 대장내시경 설명서 별도 첨부)
- ▶ 음주 및 과식, 지나친 피로 등은 피하여 주십시오.
- ▶ 귀중품, 고가의 액세서리, 시계 등은 분실의 우려가 있으니 착용하지 마시기 바랍니다. (1층과 4층의 귀중품 개인보관함 이외의 개인귀중품 분실시, 본원에서 책임지지 않습니다.)

② 검진 당일

- ▶ 아침식사는 물론 물, 커피, 껌 등을 드시지 마십시오.
- ▶ **검진 당일 모든 자가복용약은 드시지 마십시오.**
- ▶ 내시경 하시는 분들은 4번 문항을 참조바랍니다.

③ 여성의 경우


- ▶ 여성검진자는 **생리기간**을 피하여 주십시오.
- ▶ 임신중이거나 임신 가능성이 있으신 여성검진자는 **예약 전에** 반드시 알려주세요.
- ▶ 산부인과 검진 시, 치마를 제공합니다.(단, 개인치마를 사용하셔도 됩니다.)

④ 위내시경 및 대장내시경 검사 시 주의사항

- ▶ **혈압약**을 복용하시는 분들은 한 모금의 물과 함께 복용하십시오.
- ▶ **아스피린 및 혈액항응고제**를 드시는 분들은 **주치의와 상의 후 일주일 전에 약 복용을 중단**하십시오.
- ▶ 대장내시경 검사를 하시는 분들은 미리 준비해드린 약을 용법에 맞추어 드신 후 내원 바랍니다.
- ▶ 수면내시경을 원하시는 분께서는 필히 자가운전을 금하고 보호자와 동행하시는 것이 안전합니다.

⑤ 위장조영 촬영시 주의사항

- ▶ 드시는 약 또는 한 모금의 물도 드시지 마십시오.

건강검진센터	◎국민건강보험공간 검진(1차검진, 위암, 유방암, 폐암, 간암, 대장암, 자궁경부암) ◎사업장종합검진 ◎특수건강검진 ◎학생검진 ◎채용검진 ◎선원검진
건강검진 예약 및 문의	TEL (043)221-5000 FAX (043)257-4006 충청북도 청주시 상당구 단재로 44 효성병원 건강검진센터  효성병원 www.5388hyosunghospital.com

※ 검진받는 당일은 무료주차	
▲옥거리	●일신여고
◀무심천	▶금천동▶
 효성병원 건강검진센터	효성병원●
▶	▶

건강진단 공통문진표

- ※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
- ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
- ※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

◆ 질환력(과거력, 가족력) ◆	◆ 음 주 ◆																																																																																																						
<p>1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">진단</th> <th style="width: 50%;">약물치료</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>이상지질혈증</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>폐결핵</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">예</th> <th style="width: 50%;">아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름</p>		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		예	아니오	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	<p>※ 지난 1년간</p> <p>7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답) ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번 ③ 1년에 ()번 ④ 술을 마시지 않는다.</p> <p>7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? ※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 CC 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술종류에 표기)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>소주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>맥주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>양주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>막걸리</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>와인</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까? ※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 CC 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술종류에 표기)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>소주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>맥주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>양주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>막걸리</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>와인</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인					술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인				
	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																																																																																																					
	예	아니오																																																																																																					
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																																																																																																					
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																			
소주																																																																																																							
맥주																																																																																																							
양주																																																																																																							
막걸리																																																																																																							
와인																																																																																																							
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																			
소주																																																																																																							
맥주																																																																																																							
양주																																																																																																							
막걸리																																																																																																							
와인																																																																																																							
◆ 흡연 및 전자담배 ◆	◆ 신체활동(운동) ◆																																																																																																						
<p>4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요.) ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총__년</td> <td>하루평균__개비</td> <td>현재 피움</td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음</td> <td>총__년</td> <td>흡연했을 때 하루평균__개비</td> <td>끊은지__년</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적 있습니까? ① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요.) ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총__년</td> <td>하루평균__개비</td> <td>현재 피움</td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음</td> <td>총__년</td> <td>흡연했을 때 하루평균__개비</td> <td>끊은지__년</td> </tr> </tbody> </table> <p>6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니오 ② 예(☞ 6-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>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</p>	① 현재 피움	총__년	하루평균__개비	현재 피움	② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총__년	흡연했을 때 하루평균__개비	끊은지__년	① 현재 피움	총__년	하루평균__개비	현재 피움	② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총__년	흡연했을 때 하루평균__개비	끊은지__년	<p>8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일 ※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장노동, 계단으로 물건나르기 등</p> <p>8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분</p> <p>9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일 ※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오. ※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등</p> <p>9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분</p> <p>10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일</p>																																																																																						
① 현재 피움	총__년	하루평균__개비	현재 피움																																																																																																				
② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총__년	흡연했을 때 하루평균__개비	끊은지__년																																																																																																				
① 현재 피움	총__년	하루평균__개비	현재 피움																																																																																																				
② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총__년	흡연했을 때 하루평균__개비	끊은지__년																																																																																																				

암검진 문진표

※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
 ※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

◆ 암 검진(공통) 관련사항 ◆

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?
 ① 예 (증상: _____) ② 아니오
- 지난 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?

암의 종류	없다	모르겠다	있다(복수선택가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유방 암							
대장 암							
간 암							
자궁경부암							
폐 암							
기타()암							

- 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명	검사시기				
	10년이상 또는 한적없음	1년미만	1년이상 ~ 2년미만	2년이상 ~ 10년미만	
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈반응검사 (대변검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부 CT				
간암	간초음파	한적없음	6개월 이내	6개월 ~ 1년사이	1년보다 오래전에

- 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질 환 명	위궤양	위축성 위염	장상 피화생	위용증	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단받은 대장항문질환이 있으십니까?

질 환 명	대장용종 (폴립)	궤양성 대장염	크론병	치질 치액치열	기타	없음
질환유무						

- 간(肝) 질환이 있으십니까?

질 환 명	B형간염 바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

질 환 명	만성폐쇄성 폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

◆ 유방암 및 자궁경부암 관련문항 ◆

※ 여성분만 응답해 주세요.

- 월경을 언제 시작하셨습니다?
 ① 만 _____세 ② 초경이 없었음
- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?
 ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
 ③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 만 _____세)
- 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?
 ① 호르몬 제제를 복용한 적 없음
 ② 2년 미만 복용 ③ 2년 이상~5년 미만 복용
 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음
- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?
 ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음
- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?
 ① 6개월 미만 ② 6개월 ~ 1년 미만
 ③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음
- 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?
 (양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음
- 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?
 ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용
 ③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음

추가 문진표

- ※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
- ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
- ※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

◆ 인지기능장애 평가도구 ◆ 만 66세 이후 2년마다

본 설문은 인지기능장애 평가를 위한 문진표입니다.
아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오.
(동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다	가끔(조금) 그렇다	자주(많이) 그렇다
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다.	0	1	2
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못한다.	0	1	2
3. 같은 질문을 반복해서 한다.	0	1	2
4. 약속을 하고서 잊어버린다.	0	1	2
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다.	0	1	2
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다.	0	1	2
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다.	0	1	2
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다.	0	1	2
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다. (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)	0	1	2
10. 예전에 비해 성격이 변했다.	0	1	2
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다. (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)	0	1	2
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다.	0	1	2
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못한다.	0	1	2
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다. (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)	0	1	2
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다.	0	1	2
점 수	/ 30		

◆ 노인기능평가 관련문항 ◆ 만 66세, 70세, 80세만 작성해 주세요.

- 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 보기 위해 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
- 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지린 경우가 있습니까? ① 예 ② 아니오

구강검진 문진표

일반 건강검진 의료급여생애전환기 건강검진

환자ID

수검자성명	연락처(핸드폰 포함)	주민등록번호
결과받을 주소 (우편번호:)	E-mail	

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강관련 정보 및 사업안내를 메일 또는 우편 등으로 받아보는 것에 동의하십니까?

예

아니오

◆ (치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항 ◆

- 최근 1년간 **구강병 치료나 관리를 목적으로** 치과병(의)원에 가신 적이 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 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 치아가 쏘이거나 육신거리거나 아픈 적 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 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니다?
① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 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 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번 ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
- 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번 ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
- 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

◆ 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오 ◆