

건강검진 공통 문진표

☐ 이 곳만 작성하세요.

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

※ 질환력(과거력, 가족력)

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 'V' 표시해 주십시오.

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 해당질환으로 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 ②아니오 ③모름

※ 흡연 및 전자담배

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

① 아니오(※ 5번문항으로 가세요) ② 예 (※ 4번문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연 했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

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

① 아니오(※ 6번문항으로 가세요) ②예 (※ 5-1번문항으로 가세요)

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
②과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연 했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오 ②예 (※ 6-1번문항으로 가세요)

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

① 아니오 ②월 1-2회 ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

※ 음주(지난 1년간)

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?(1개만 응답)

① 일주일에 ()번 ②한 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 최대 음주량으로 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?

* 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른속도로 자동차 타기, 건설현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등 주당 ()일

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간()분

9-1. 평소 일주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇일 하십니까?

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시시오.

* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식테니스 주당 ()일
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 일주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

※ 노인기능평가 관련 문항 (66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ① 예 ② 아니오

2. 폐렴 예방접종을 받으셨습니까? ① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 ○ 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움없이 혼자서 식사하십니까?	① 예 ②아니오
2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움없이 하십니까?	① 예 ②아니오
3) 대소변을 보기 위해 화장실 출입할 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까?	① 예 ②아니오
4) 목욕하실 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까?	① 예 ②아니오
5) 식사 준비를 다른 사람의 도움없이 혼자서 하십니까?	① 예 ②아니오
6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움없이 혼자서 하십니까?	① 예 ②아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까? ① 예 ② 아니오