

건강검진 공통 문진표

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

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



질환력 (과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중 이십니까? (본인)

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중 (중풍)				
심근경색/협심증				
고혈압				
당뇨병				
이상지질혈 증				
폐결핵				
기타(암포함)				

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

뇌졸중 (중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? (B형간염치료자,보균자)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름



흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)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 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까?

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

5-1. 현재 궐련형 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 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

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, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 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)

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 답해주시시오.

* 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 근력운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

의료정보 활용 동의서

본 동의서는 산업안전보건법 제43조 의거 시행하는 건강진단에 관련된 사항으로 개인정보보호법, 의료법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만(아래 사항) 검진결과처리, 보건관리, 사후관리, 보고 및 통계를 위해서만 활용되며, 타 목적 및 다른 기관에서는 절대 활용 및 열람되지 않습니다.

- 정보활용범위 : 성명, 주민번호, 주소, 전화번호, 이메일, 검진결과, 검진관련 문진표, 건강진단관련 조사 및 결과.
- 의료정보활용이용자 (기관) : 검진기관, 귀하 소속회사 업무관련자, 관할보건소, 국민건강보험공단, 법적보고기관.
- 의료정보활용기간 : 건강검진시행일로부터 법적 건강진단결과 보관 기한까지

상기 사항에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우 해당 기관이 제공하는 건강관리서비스 및 이벤트에서 제외될 수 있습니다.

※ 상기 사항에 대한 의료정보활용(SNS 수신)에 동의하십니까? : ☐ 예 ☐ 아니오 (성명: _____ 서명또는인)

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부, 국립암센터 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 가입 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐



의료법인 중앙의료재단

CMI 종합검진센터 · 산업보건센터

☎ 042) 477-9633

특수 검진	해당	확인
수납		

일반건강검진결과 기록지

	선택	실시
UGI		
내시경		
간암		
대장암		
유방암		
자궁암		

성명			주민등록번호	-	
휴대폰 번호			검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장	
사업장명					
결과지 수령 방법 (택1)	<input type="checkbox"/> 문자(SMS) <input type="checkbox"/> 우편 (아래 주소 정확히 기재 해주세요) <input type="checkbox"/> 메일()				
결과지 수신처(주소)					

구분	검사항목	결과	요검사				
계측검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	1.음성 2.약양성(±) 3.양성(+1) 4.양성(+2) 5.양성(+3) 6.양성(+4)				
	몸무게	kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	혈액검사 혈색소 g/dL 총콜레스테롤 mg/dL SGOT U/L 트리글리세라이드 mg/dL SGPT U/L 혈청크레아티닌 mg/dL γGTP U/L HDL-콜레스테롤 mg/dL 공복혈당 mg/dL LDL-콜레스테롤 mg/dL 신사구체여과율(e-GFR) mL/min/1.73m²				
	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재					
	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정					
	청력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 측정불가					
	혈압	/ mmHg ② / ③ /					
노인 신체 기능 검사	보행 장애 ① 유 ② 무 (일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초 평형성 (한다리로 서기) 눈감은상태 초 눈뜬상태 초	B형 간염	정밀검사 기준치 항원 검사수치() 1.0 미만 항체 검사수치() 10.0 이상 1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형 간염 보유자 의심 4. 판정보류				
골밀도 검사	양방사선(말단) 골밀도검사 측정부위 <input type="checkbox"/> 고관절 <input type="checkbox"/> 요추 <input type="checkbox"/> 기타 ① -1이상 ② -1~ -2.5 ③ -2.5이하 결과 T-점수 ① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증						
흉부방사선검사		1.정상 2.사진불량(B) 3.비활동성(정상) 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환(F) 9.순환기계 질환(F) 10.진단미정(G) 11.미촬영 12.유질환자 13.비활동성폐결핵					
정신건강검사 (우울증)		<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상 (10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상 (20~27점)	인지 기능 장애 <input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0~5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6~30점) (추가 진찰과 상담 필요)				
노인기능평가 (문진)		(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (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	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】 B형간염 (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름					
	생활습관	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요					
의심질환		유질환					
생활습관 관리		기타					
종합 판 정	<input type="checkbox"/> 정상A	<input type="checkbox"/> 정상B	<input type="checkbox"/> 유질환자	<input type="checkbox"/> 일반질환의심	<input type="checkbox"/> 고혈압/당뇨의심		
		①비만관리	⑥신장기능관리	①고혈압	①폐결핵	⑥빈혈증	①고혈압
		②혈압관리	⑦빈혈관리	②당뇨병	②기타흉부질환	⑦골다공증	②당뇨병
		③이상지질혈증	⑧골다공증관리	③이상지질혈증	③이상지질혈증	⑧난청	
		④간기능관리	⑨비활동성폐결핵	④폐결핵	④간장질환	⑨비만	
		⑤당뇨관리	⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타)	⑤신장질환	⑩기타질환		
검진일 년 월 일		검진(문진)의사	면허번호 의사명	(서명)			
판정일 년 월 일		검진(판정)의사	면허번호 의사명	(서명)			



의료법인 중앙의료재단

CMI 종합검진센터 · 산업보건센터

☎ 042) 477-9633