CMI 종합검진문진표

※ 앞, 뒷면의 파란색 란은 본인 기재 필수
※ 문진표 작성은 건강상태를 체크하는 기초자료입니다.

단체명(회사명) Company		부서명 Branch		직책 Position	
	□ 직 원 □ 가 족	사원번호 Number			
성 명 Name		가족의 경우 Relationship	직원_____의_____		
주민번호 ID No.		※여성에 관한 문항 (Female only)	미혼(Single) / 기혼(Married)		
주 소 (결과지 수신처) Address			마지막 생리 : 월(m) 일(d) – 월(m) 일(d) The first day of the last menstrual past period		
			현재 수유중(Breast feeding) 예(Yes) / 아니오(No)		
전화번호 Telephone	자택 핸드폰(H·P)		현재 임신여부(Pregnancy) 예(Yes) / 아니오(No) / 가능성(Possibility)		
			과거 자궁수술경험 : 유(Yes) / 무(No) Past gynecologic procedures		
메일주소 E-mail			국민건강보험공단에서 제공하는 정보수신 동의 여부(예/아니오)		
위검사 선택	* 의료진 상담 후 결정 Choice of Gastrointestinal exam 위장조영(Upper GI) / 위내시경(Endoscopy) / Conscious sedation 수면내시경(Endoscopy)				

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 기한 까지

상기 사항에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우 해당 기관이 제공하는 건강관리서비스에서 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 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 □ 아니오 □

※ 올해 국민건강보험공단 검진 대상(일반검진, 암검진, 구강검진)일 경우 CMI에서 국민건강보험공단 청구를 함에 있어 동의합니다. (성명 : 서명 또는 인)

특수검진	해당	확인
수납		

일반건강검진 결과기록지

	선택	실시
UGI		
내시경		
간암		
대장암		
유방암		
자궁암		

성 명		주민등록번호	–
휴대폰 번호		검 진 장 소	☐ 내원 ☐ 출장
사 업 장 명			
결과지 수령 방법 (택1)	☐ 모바일 ☐ 우편 (아래 주소 정확히 기재 해주세요) ☐ 메일( )		
결과지 수신처(주소)			

구분	검사항목	결 과	요검사(요단백)
계측검사	키	cm ☐ 본인 기재	1.음성 2.약양성(±) 3.양성(+1) 4.양성(+2) 5.양성(+3) 6.양성(+4)
	몸무게	kg ☐ 본인 기재	**혈액검사**
	허리둘레	cm ☐ 본인 기재	혈색소 g/dL / 총콜레스테롤 mg/dL
	시력(좌/우)	/ ☐ 교정 ☐ 측정불가	에이에스티(AST(SGOT) U/L / 중성지방 mg/dL
	청력(좌/우)	/ ☐ 교정 ☐ 측정불가	에이엘티(ALT(SGPT) U/L / 혈청크레아티닌 mg/dL
	혈압	/ mmHg	감마지티피(γ-GTP) U/L / 고밀도(HDL) 콜레스테롤 mg/dL
		② / ③ /	공복혈당 mg/dL / 저밀도(LDL) 콜레스테롤 mg/dL
노인신체기능검사	보행 장애	① 유 ② 무	신사구체여과율(e-GFR) mL/min/1.73㎡
	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)	초	B형간염 검사: 표면항원 일반 1.음성 2.양성 정밀 검사수치( ) 검사기관 기준치( )이하
	평형성 (한다리로 서기)	눈감은상태 초 / 눈뜬상태 초	표면항체 일반 1.음성 2.양성 정밀 검사수치( ) 검사기관 기준치( )이상
골밀도검사	양방사선 (말단골밀도검사)	측정부위 ☐ 고관절 ☐ 요추 ☐ 기타 / ①-1이상 ②-1~-2.5 ③-2.5이하	검사결과: 1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형간염 보유자 의심 4. 판정보류
	결과	T-점수 / ①정상 ②골감소증 ③골다공증	C형간염 검사: 표면항체 일반 1.음성 2.양성 정밀 검사수치( ) 검사기관 기준치( )이상
			검사결과: 1. 항체 있음(C형간염 의심) 2. 항체 없음
폐기능검사	☐ 기본 ☐ 간이 ☐	FVC L 정상예측치의 %	FEV_6 L 정상예측치의 %
		FEV_1/FVC %	FEV_1/FEV_6 %
		FEV_1 L 정상예측치의 %	☐ 정상 ☐ 만성폐쇄성폐질환의심 ☐ 기타 폐기능 이상 ☐ 측정불가 ☐ 검사불가
		측정불가 사유 :	

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	우울증검사결과	☐ 우울증상 없음 (0-4점) ☐ 가벼운 우울증상 (5-9점) ☐ 중간 정도 우울증상 (10-19점) ☐ 심한 우울증상 (20점 이상 또는 9번문항 1점 이상)
	조기정신증검사결과	☐ 증상 없음 (영역별 0-5점) ☐ 전문의 진단 필요 (빈도 또는 고통영역 6점 이상)
인지기능장애검사	검사결과	☐ 특이소견 없음 (0-5점) ☐ 인지기능저하 (6-30점, 추가 진찰과 상담 필요)
노인신체기능검사	하지기능	(일어나3m 걷고 돌아와 앉기) 초 / 보행장애 (①유 ②무 ③검사불가)
	평형성 눈 감은 상태	(한 다리로 서기) 초 / 눈 뜬 상태 (한 다리로 서기) 초
	검사결과	☐ 정상 ☐ 신체기능 저하
노인기능평가(문진)	(독감예방접종) ☐ 예 ☐ 아니오 (폐렴예방접종) ☐ 예 ☐ 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) ☐ 예 ☐ 아니오 (배뇨장애의심) ☐ 예 ☐ 아니오 (일상생활수행능력) ☐ 정상 ☐ 일상생활 도움 필요	
진찰 및 상담 - 과거병력	진단	1.무 2.유【①뇌졸중②심장병③고혈압④당뇨병⑤이상지질혈증⑥폐결핵⑦우울증⑧조기정신증⑨C형간염⑩만성폐쇄성폐질환⑪기타(암포함)】
	약물	1.무 2.유【①뇌졸중②심장병③고혈압④당뇨병⑤이상지질혈증⑥폐결핵⑦우울증⑧조기정신증⑨C형간염⑩만성폐쇄성폐질환⑪기타(암포함)】
진찰 및 상담 - 가족력	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】	B형간염 (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름
진찰 및 상담 - 생활습관	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요	
의심질환		유질환
생활습관 관리		기 타

종합판정

☐ 정상A

☐ 정상B

①비만관리	⑦빈혈관리	⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타( ))
②혈압관리	⑧골다공증관리	
③이상지질혈증	⑨비활동성폐결핵	
④간기능관리		
⑤당뇨관리		
⑥신장기능관리		

☐ 고혈압 · 당뇨병 · 이상지질혈증질환의심

①고혈압
②당뇨병
③이상지질혈증

☐ 일반질환의심

①폐결핵	⑦난청
②기타흉부질환	⑧비만
③간장질환	⑨우울증
④신장질환	⑩조기정신증
⑤빈혈증	⑪C형간염
⑥골다공증	⑫만성폐쇄성폐질환
	⑬기타질환( )

☐ 유질환자

①고혈압
②당뇨병
③이상지질혈증
④폐결핵

⑤우울증
⑥조기정신증
⑦C형간염
⑧만성폐쇄성폐질환

검진일		검진(문진)의사	면허번호
년 월 일			의사명 (서명)
판정일		검진(판정)의사	면허번호
년 월 일			의사명 (서명)

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 중이십니까? (본인)

	진단		약물치료	
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
우울증	예	아니오	예	아니오
조기정신증	예	아니오	예	아니오
C형간염	예	아니오	예	아니오
만성폐쇄성폐질환	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

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)을 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 사용한 적 있습니까?
① 아니오 (☞ **6번** 문항으로 가세요)
② 예 (☞ **5-1번** 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	담배사용했을 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
소 주				
맥 주				
양 주				
막걸리				
와 인				

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
소 주				
맥 주				
양 주				
막걸리				
와 인				

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 답해주십시오.
* 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

※ ☑ 는 본인 필수 기재

암검진 문진표

수검자성명 ☑		주민등록번호 ☑		전화번호 ☑	자택	
					핸드폰	
□ 건강보험가입자 □ 의료급여수급권자			E-mail 주소			
주소 ☑					우편번호	

※귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부, 국립암센터 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 □ 아니오 □

◈ 암검진(공통)관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 '○' 표시해주십시오.

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

2. 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?
   ① 아니오 ② 체중감소 (_____ kg)

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다(복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 (_____암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검사 시기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년 이상~ 2년 미만	2년 이상~ 10년 미만
위암	위장조영검사(위장X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈반응검사(대변 검사)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부CT				
간암	간초음파	한 적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

◈ 위암, 대장암, 간암 관련 문항

※ 해당되는 곳에 '○' 표해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질환명	대장용종	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵, 치열)	기타	없음
질환유무						

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

질환명	만성폐쇠성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

◈ 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성들만 응답해주세요.)

9. 월경을 언제 시작하셨습니까?

① 만 _____세 ② 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음

③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 만_____ 세) ④ 병력으로 월경하지 않음

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용

③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니까?

① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단 받은 적이 있습니까?

(양성 종양이란 악성 종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용

③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음

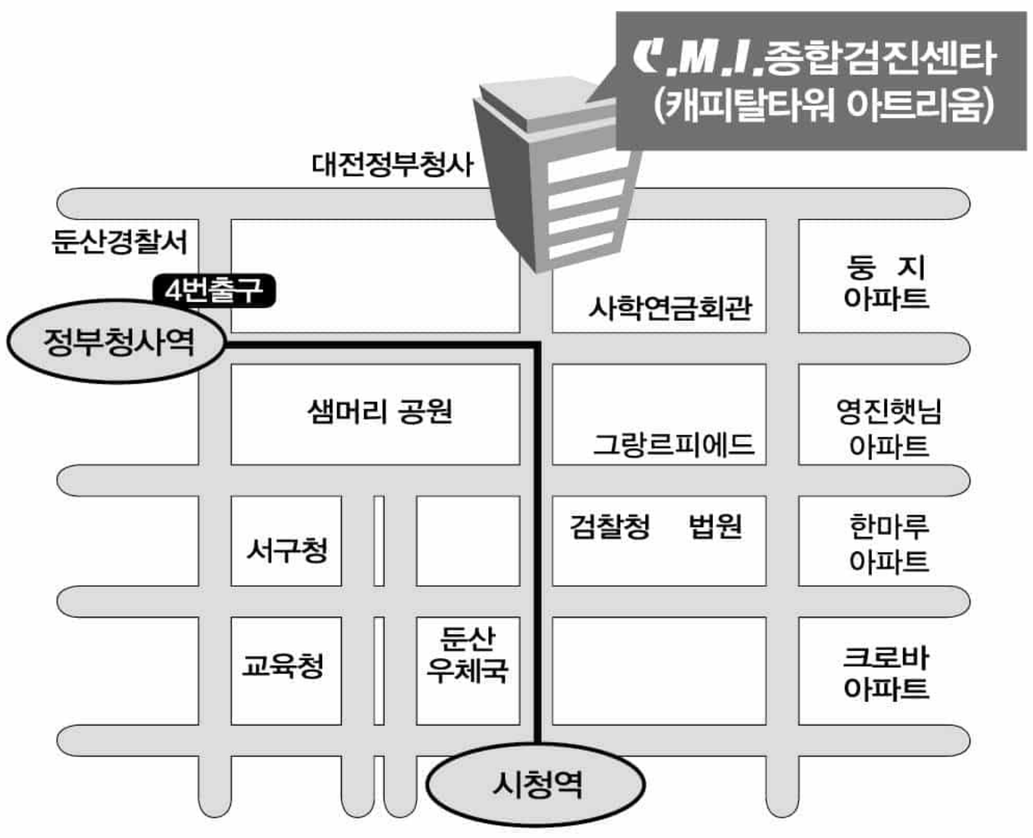
건강검진시 주의사항 및 약도

건강검진 전날

1. 지나친 음주, 흡연, 과로를 삼가시고 충분한 수면을 취하십시오.
2. 질병에 관련되어 치료중이거나 약물치료를 하시는 분은 주치의 상담후 검진 받으십시오.
   -내시경(위,대장) 예약하신 분 중 심장이나 뇌혈관질환으로 아스피린, 쿠마딘(와파린), 플라빅스 혈액응고제를 복용하시는 경우 반드시 담당의와 상의 후 검진하십시오.
   (검진 7일 이내 위의 약을 복용하셨다면 조직검사가 필요한 경우 시행하지 못할 수 있습니다.)
3. 저녁식사는 오후 8시 이전에 평소보다 가볍게 드시고, 9시 이후에는 물 이외 금식하십시오.
4. 여성분들은 생리가 끝나고 약 5-7일 이후에 검사가 가능합니다. (소변, 유방촬영, 자궁경부암 검사)
   (자궁경부암 검사를 받으실 경우 24시간 내 성관계 및 질정 사용을 금하십시오.)
5. 임신가능성이 있으신 분은 임신여부를 확인 후 검진 받으십시오.
6. 대장검사가 있으신 경우는 대장검사 안내서의 지시를 따르십시오.

건강검진 당일

1. 아침식사는 물론 물, 껌, 담배 등을 일절 금하십시오. (검진 전 10시간 이상 금식)
2. 내시경 (위, 대장) 예약자 중 혈압약 복용하시는 분은 검사 전날 취침시 복용하십시오.
   (검진 당일 혈압이 높을 경우 내시경검사가 불가능 할 수 있습니다.)
3. 아스피린 혈액응고억제제 복용시에는 검사전 7일 가량 약을 중지하셔야 합니다.
4. 인슐린 또는 당뇨약은 검진을 마치시고 복용하십시오.
5. 수면내시경 예약자는 검진 후 운전이 불가능하오니 대중교통을 이용하십시오.
6. 전립선, 골반강(자궁) 초음파검사 대상자는 아침 첫 소변 이후 소변을 참고 오십시오.
7. 귀중품이나 장신구는 가급적 휴대하지 마시고 어린이 동반은 자제하여 주십시오.
8. 과거 약물에 대한 과민반응이 있으셨던 분은 반드시 직원에게 알려야 합니다. (조영제, 마취제)
9. 검사는 오전 8시부터 시작합니다.



오시는 방법

CMI종합검진센타 주변 주요지형 · 지물(캐피탈타워)
정부종합청사(우측400M), 사학연금(좌측), 한국토지공사, 한국토지공사, 아너스빌(정면), 주은리더스텔(뒤편)

자가용 이용시
캐피탈타워 빌딩 뒤편(후문) 지하 1~3층 주차장에 주차하시고 건강검진 완료 후 데스크에 차량번호 말씀해주시면 주차등록 가능합니다.

버스 이용시
사학연금하차 (108, 605, 703 ,918번) : 도보 5분
정부청사광장하차 (102, 116, 211번) : 도보 5분

지하철 이용시
정부청사역 하차 4번 출구 (도보 8~10분)

의료법인 중앙의료재단
C.M.I 종합검진센타 · 산업보건센타
Tel. 042) 477-9633