

※해당란에 √표 또는 기재 하십시오.

폐 경	<input type="checkbox"/> 예 (나이 : _____) <input type="checkbox"/> 아니오	
생 리	<input type="checkbox"/> 월경 시작 나이 : 만 ___세 <input type="checkbox"/> 초경이 없었음	
	<input type="checkbox"/> 마지막 생리 시작일 : _____ 월 _____ 일	
	<input type="checkbox"/> 평균 생리 기간/주기 : _____ 일/_____ 일 <small>예) 기간 5일 / 주기 28일</small>	
	<input type="checkbox"/> 생리통이 심하다	<input type="checkbox"/> 생리가 불규칙하다
	<input type="checkbox"/> 아랫배가 아프다	<input type="checkbox"/> 월경량이 많다
	<input type="checkbox"/> 냉이 많다	<input type="checkbox"/> 월경량이 줄어들었다
	<input type="checkbox"/> 월경 이외에 가끔 출혈이 있다	
피 임	<input type="checkbox"/> 예 (방법 : _____) <input type="checkbox"/> 아니오	
임 신 력	<input type="checkbox"/> 피임약을 복용하셨거나 과거에 복용한 경우 : _____ 년	
	임신 횟수 (_____) 회	분만 횟수 (_____) 회
모유수유기간	유산 횟수 (_____) 회	
	사산 횟수 (_____) 회	
모유수유기간	<input type="checkbox"/> 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월~1년미만 <input type="checkbox"/> 1년이상 <input type="checkbox"/> 수유한적없음	
산부인과 수술력	※제왕절개술 포함	
산부인과 질병력	진료 여부 (유 / 무)	진료 내용 :
여성호르몬 복용여부	<input type="checkbox"/> 예 (<input type="checkbox"/> 현재 <input type="checkbox"/> 과거) <input type="checkbox"/> 아니오	

15. 결혼 상태를 표시해 주십시오.

- 기혼 미혼 기타

16. 현재 임신 중입니까?

- ※ 일부 검사는 태아에게 영향을 미칠 수 있으므로 **검진 전에** 알려주시기 바랍니다.
 예 아니오 확실하지 않다

17. 과거에 유방 X-선 촬영을 하신 적이 있습니까?

- ※ 유방 X-선 촬영은 만 35세 미만, 임신, 모유수유 중인 분은 해당되지 않습니다.
 예 아니오
 최근 6개월 이 내
 6개월 ~ 1년
 1년 이상

17-1. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

- 예 아니오

18. 과거에 자궁경부암 검사를 받으신 적이 있습니까?

- 예 아니오
 최근 6개월 이 내
 6개월 ~ 1년
 1년 이상
 시행한 적 없음

평생 건강 관리 (The first and The best)

원주세브란스 헬스체크업에서는 고객님의 평생 건강관리를 위해 검진 후 결과에 따른 맞춤 건강 정보 제공, 신속한 외래 진료 연계, 계획적인 건강 검진 설계를 위한 전문가 팀을 운영하여 지속적인 건강관리 서비스를 제공합니다.

이 문진표는 여러분의 건강상태를 판단하는데 꼭 필요한 자료입니다.
 의사에게 증상을 설명한다고 생각하면서 편안한 마음으로 작성하여 주십시오.
 이 자료는 담당의사외에 누구도 볼 수 없도록 비밀이 보장되어 있습니다.

검 사 년 월 일	_____ 년 _____ 월 _____ 일	성 명	_____
생 년 월 일	_____ 년 _____ 월 _____ 일	성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
주 소 (우편물 수령지)	※ 도로명주소로 기재		※ 단체검진시 기재
	_____		사 업 장 명 (부서 : _____)
연 락 처	자택 전화 : (_____)		배 우 자 명
	가족 연락처(관계: _____):		_____
핸드 폰 : _____			
✓ 본원에서 건강검진을 받으신 적이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 1년전 <input type="checkbox"/> 2년전 <input type="checkbox"/> 3년전 <input type="checkbox"/> 4년전 이상 <input type="checkbox"/> 아니오			
✓ 종합검진 결과는 다음 중 어떤 방법으로 확인 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 우편발송 <input type="checkbox"/> 내원상담 (_____ / _____ , AM / PM : _____) <input type="checkbox"/> 기타			

※ 아래 동의서는 **남성과 여성** 모두 해당되는 사항입니다. 꼭 작성하여 주시기 바랍니다.

√ 이상 작성해주신 설문 내용은 철저한 비밀 유지가 이루어지며, 학술적인 목적 이외에 어떠한 목적으로도 이용되지 않습니다.

√ (성 명)은 종합건강검진에 대한 검사항목을 선택하였으며, 검사 진행에 (동의합니다)

서 명 : _____ (서명)

1. 이번 건강검진을 받으시는 동기는 무엇입니까?
 정기적으로 건강검진을 받고 있으므로 (개인검진 직장 또는 단체검진)
 정기검진을 받아야 할 것 같아서
 최근 건강에 이상을 느껴서
 타인의 권유에 의해서 (가족 담당의사 기타)

2. 어떤 일에 종사하십니까?
 서비스업 사무직 생산직 자영업 기타 ()

3. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료중이십니까?

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병	고혈압	당뇨병	고지혈증	폐결핵	암 (종류)	기타
진 단 여 부								
약물치료여부								

4. 과거에 의사로부터 진료 또는 수술을 받으셨던 질환이 있습니까?

병 명	수술명	()년
병 명	수술명	()년
병 명	수술명	()년

5. 가족(부모, 형제, 자매 등) 중 과거에 치료를 받았거나, 현재 치료 중인 질환이 있습니까?

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병	고혈압	당뇨병	고지혈증	암 (종류)	기타
가족관계:							
가족관계:							
가족관계:							

6. B형 간염 바이러스 보유자 입니까?
 예 아니오 모름

7. 최근 6개월 내 체중의 변화가 있습니까?
 예 (증가 + kg) (감소 - kg) 아니오

※ 의료진에게 꼭 알려야 할 건강문제 또는 전년도 대비 염려되는 증상이 있으시면 기록하여 주십시오.
 예) 특이체질, 알레르기, 최근 들어 두통이 심하다 등

흡 연

8. 담배를 피우십니까?
 예 (8-1) 아니오

8-1 현재도 흡연을 하신다면

몇 년 동안 담배를 피우고 계십니까?	총	년
하루에 몇 개비를 피웁니까?	개비	

8-2 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전, 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총	년
금연 전, 하루에 평균 몇 개비를 피웁니까?	개비	
금연은 몇 년 하셨습니다?	년	

9. 궤련형 전자 담배를 사용한 경험이 있습니까?
 예 (9-1) 아니오

9-1 현재도 흡연을 하신다면

몇 년 동안 담배를 피우고 계십니까?	총	년
하루에 몇 개비를 피웁니까?	개비	

9-2 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전, 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총	년
금연 전, 하루에 평균 몇 개비를 피웁니까?	개비	
금연은 몇 년 하셨습니다?	년	

10. 액상 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?
 아니오 월 1-2 회 월 3-9 회 월 10-29일 매일

음 주

11. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?
 일주일에 ()회 한 달에 ()회 1년에 ()회 마시지 않는다.

11-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소 주				
맥 주				
양 주				
막걸리				
와 인				

11-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소 주				
맥 주				
양 주				
막걸리				
와 인				

신체활동 (운동)

- 12-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하셨습니까?

*고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거타기, 건설현장노동, 계단으로 물건나르기
 주당 ()일

- 12-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

- 13-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하셨습니까?

*중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식테니스, 보통속도로 자전거타기, 가벼운 물건 나르기, 청소
 주당 ()일

- 13-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

14. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기 등 근력운동을 한날은 며칠입니까?

주당 ()일