

※해당란에 √표 또는 기재 하십시오.

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

원주세브란스체크업에서는 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.



원주세브란스기독병원 건강증진센터

원주세브란스 헬스체크업



병원번호 : _____

01

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	☐ 남 ☐ 여
주 소 (우편물 수령지)	※ 도로명주소로 기재	사 업 장 명	※ 단체검진시 기재 (부서 :)
		배 우 자 명	
연 락 처	자택 전화 : ()	핸 드 폰 :	
가족 연락처(관계:):			
✓ 본원에서 건강검진을 받으신 적이 있으십니까? ☐ 1년전 ☐ 2년전 ☐ 3년전 ☐ 4년전 이상 ☐ 아니오			
✓ 종합검진 결과는 다음 중 어떤 방법으로 확인 하시겠습니까? ☐ 우편발송 ☐ 내원상담 (/ , : AM / PM) ☐ 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)



원주세브란스기독병원 건강증진센터

원주세브란스 헬스체크업



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?
☐ 아니오 ☐ 예 (8-1)

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 하셨습니까?	년	

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

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 하셨습니까?	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 많이 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

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

주당 ()일

