

이 곳만 작성하세요.

일반건강검진 결과기록지

일반건강검진 의료급여생애전환기검진 **건강검진일** **년** **월** **일**

성명			주민번호						-	전화번호	자택			E-mail		
주소	(우)												<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장			
사업장명(소속)					부서(병과)				건강검진 결과통보서 수령방법				<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail			
계급(직위)					사원(군번)				<input type="checkbox"/> 건강보험가입자				<input type="checkbox"/> 의료급여수급권자			

진찰 및 상담	과거병력	진단	1.무 2.유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)							가족력	1.무 2.유	
	약물	1.무 2.유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)							①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)			
	생활습관	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요							B형간염	(바이러스보유) 1. 예 2. 아니오 3. 모름			

계측 검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인기재		몸무게	kg <input type="checkbox"/> 본인기재		허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인기재		
	혈압(최고/최저)	/ mmHg		시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정		청력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 청각불가		
요검사	요단백	1. 음성 2. 약양성(±) 3. 양성(+1) 4. 양성(+2) 5. 양성(+3) 6. 양성(+4)						체질량지수	kg/m ²	

혈액 검사	혈색소	g/dL	AST (SGOT)	U/L	총콜레스테롤	mg/dL
	공복혈당	mg/dL	ALT (SGPT)	U/L	HDL-콜레스테롤	mg/dL
	혈청크레아티닌	mg/dL	감마지티피(γ-GTP)	U/L	트리글리세라이드	mg/dL
	신사구체여과율(e-GFR)	mL/min/1.73m ²			LDL-콜레스테롤	mg/dL

흉부방사선검사 (촬영번호)	1.정상 2.사진불량 3.비활동성(정상) 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환 9.순환기계 질환 10.진단미정 11.미촬영 12.유질환자 13.비활동성 폐결핵 ※ 청구구분: ① 필름촬영 (14"×14") ② 필름촬영 (14"×17") ③ CR 또는 DR ④ Full PACS ⑤ 미촬영								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B형간염	표면항원	일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치(mIU/mL)	검사기관 기준치(mIU/mL)	이하
	표면항체	일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치(mIU/mL)	검사기관 기준치(mIU/mL)	이상
	검사결과	1.항체 있음 2.항체 없음 3. B형간염보유자의심 4. 판정보류					

C형간염	항체	일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치(mIU/mL)	검사기관 기준치(mIU/mL)	이하
	검사결과	1. 정상 2. 질환의심					

골밀도검사 (만54세, 66세 여성)	<input type="checkbox"/> -1 이상 <input type="checkbox"/> -1 ~ -2.5 <input type="checkbox"/> -2.5 이하 <input type="checkbox"/> 120 초과 <input type="checkbox"/> 80~120 <input type="checkbox"/> 80 미만 <input type="checkbox"/> DXA <input type="checkbox"/> PDEXA <input type="checkbox"/> QCT <input type="checkbox"/> QUS <input type="checkbox"/> PQCT			노인신체 기능검사 (만 66,70,80세)	하지기능 (일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)		초	
	검사결과	① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증			평형성 (한다리로 서기)	눈감은 상태	초	
							보행장애 (유 / 무)	
							눈 뜬 상태	초

정신건강검사 (우울증) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강 검사(우울증) (만20,30,40, 50,60, 70세)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음(점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상(점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상(점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상(점수 합산결과 20~27점)	
	인지기능장애 (만66세 이상 2년 1회)	<input type="checkbox"/> 특이소견없음(0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요) (* 점수산정기준-①아니다:0점, ②가끔(조금)그렇다:1점, ③자주(많이)그렇다:2점)	

노인기능평가 (문진)	(독감예방접종)	<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	(폐렴 예방접종)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	(일상생활수행능력)	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요		

노인신체기능 검사 (기능검사) 정상 신체기능 저하

의심질환				유질환				
생활습관관리				기타				
판정	<input type="checkbox"/> 정상A				검진일	년	월	일
	<input type="checkbox"/> 정상B ① 비만관리 ② 혈압관리 ③ 이상지질혈증관리 ④ 간기능관리 ⑤ 당뇨관리 ⑥ 신장기능관리 ⑦ 빈혈관리 ⑧ 골다공증관리 ⑨ 비활동성 폐결핵 ⑩ 기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타())				검진(문진)의사	면허번호		
	<input type="checkbox"/> 일반질환의심 ① 폐결핵 ② 기타흉부질환 ③ 이상지질혈증 ④ 간장질환 ⑤ 신장질환 ⑥ 빈혈증 ⑦ 골다공증 ⑧ 난청 ⑨ 비만 ⑩ 기타질환()				판정일	년	월	일
	<input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심 ① 고혈압 ② 당뇨병				검진(판정)의사	면허번호		
<input type="checkbox"/> 유질환자 ① 고혈압 ② 당뇨병 ③ 이상지질혈증 ④ 폐결핵				의사명	(서명)			

※ 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

이 곳만 작성하세요.

건강검진 공통 문진표

* 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 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	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
이상지질혈증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
폐결핵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타(암포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

	예	아니오
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타(암포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

※ 흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (≒5번문항으로 가세요)
② 예 (≒4-1번문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재피움	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)를 피운 적이 있습니까?

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

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재피움	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 작성해 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 작성해 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?

* 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른속도로 자전거 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 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오.
* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등 주당 ()일

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 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 해 주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움없이 혼자서 식사하십니까? ① 예 ② 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갈 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오

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