

생활습관평가 결과기록지

사업장명	성 명	사원번호	
사업소명	주민등록번호	연락처(HP)	
건강검진일		건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

생활습관평가 결과				
구분(총점)	항 목	평가 및 처방		
흡연 _____점	평 가	<input type="checkbox"/> 비흡연자 <input type="checkbox"/> 과거 흡연자 <input type="checkbox"/> 현재 흡연자 <input type="checkbox"/> 전자담배 단독 사용자		
	니코틴의존도	<input type="checkbox"/> 낮음(0-3점) <input type="checkbox"/> 중간 정도(4-6점) <input type="checkbox"/> 높음(7-10점)		
	처 방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 니코틴 대체요법(껌, 패치, 사탕 등) <input type="checkbox"/> 연계(금연 클리닉 또는 금연 콜센터)		
음주 _____점	평 가	<input type="checkbox"/> 적정음주 <input type="checkbox"/> 위험 음주 <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 의심		
	처 방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물 치료 <input type="checkbox"/> 연계(금주 단체, 금주 클리닉)		
운동	평 가	<input type="checkbox"/> 신체활동부족 <input type="checkbox"/> 기본 신체활동 <input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동 <input type="checkbox"/> 근력운동부족 <input type="checkbox"/> 근력운동적절		
	처 방	종 류	<input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 <input type="checkbox"/> 수영 <input type="checkbox"/> 등산 <input type="checkbox"/> 에어로빅 <input type="checkbox"/> 스트레칭 <input type="checkbox"/> 근력 운동 <input type="checkbox"/> 기타 () <input type="checkbox"/> 연계	
		시 간	<input type="checkbox"/> 10분 <input type="checkbox"/> 15~30분 <input type="checkbox"/> 30분 이상 <input type="checkbox"/> 기타	
		빈 도	<input type="checkbox"/> 주 1-2회 <input type="checkbox"/> 주3-4회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상	
영양 _____점	평 가	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량		
	처 방	<input type="checkbox"/> 더 드십시오. (<input type="checkbox"/> 유제품 <input type="checkbox"/> 단백질류 <input type="checkbox"/> 야채와 과일) <input type="checkbox"/> 줄이십시오. (<input type="checkbox"/> 지방 <input type="checkbox"/> 단순당 <input type="checkbox"/> 염분(소금)) <input type="checkbox"/> 올바른 식사습관 (<input type="checkbox"/> 아침 식사 거르지 않기 <input type="checkbox"/> 골고루 먹기) <input type="checkbox"/> 연계(영양 교실)		
비 만	평 가	체질량 지수 <input type="checkbox"/> 정상체중 <input type="checkbox"/> 과체중 <input type="checkbox"/> 비만	허리둘레 <input type="checkbox"/> 복부비만	
	처 방	<input type="checkbox"/> 식사량을 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 간식과 야식을 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 음주량과 횟수를 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 외식이나 패스트푸드를 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 운동 처방을 참고하십시오. <input type="checkbox"/> 연계(비만 클리닉) <input type="checkbox"/> 기타()		
문진일		검진(문진)의 사	면허번호	
년	월 일		의사명	(서명)
판정일		검진(판정)의 사	면허번호	
년	월 일		의사명	(서명)

※ 문진 의사와 판정 의사가 다를 경우 각각 기재함

정신건강검사(우울증) 평가도구

한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

영양 생활습관 평가 도구

수검자 성명			
<p>1. 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵(200ml) 이상 마신다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점) </p>			
<p>2. 육류, 생선, 달걀, 콩, 두부 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점) </p>			
<p>3. 김치 이외의 채소를 식사할 때마다 먹는다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점) </p>			
<p>4. 과일(1개)을 매일 먹는다. (갈아먹는 형태 포함)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점) </p>			
<p>5. 튀김이나 볶음 요리를 얼마나 자주 먹습니까?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점) </p>			
<p>6. 콜레스테롤이 많은 식품(삼겹살, 달걀노른자, 오징어 등)을 얼마나 자주 먹습니까?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점) </p>			
<p>7. 아이스크림, 케이크, 과자, 음료수(믹스커피, 콜라, 식혜 등)중 1가지를 매일 먹는다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점) </p>			
<p>8. 젓갈, 장아찌, 자반 등을 매일 먹는다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점) </p>			
<p>9. 식사를 매일 정해진 시간에 한다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점) </p>			
<p>10. 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 5종류 (5점) <input type="checkbox"/> 4종류 (3점) <input type="checkbox"/> 3종류 이하(1점) </p>			
<p>11. 외식(직장에서 제공되는 식사 제외)을 얼마나 자주 하십니까?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 주 5회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-4회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점) </p>			
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">합계</td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		합계	
합계			

음주 생활습관 평가 도구

수검자 성명

본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오. 술을 전혀 안 마시는 비음주자는 작성하지 않습니다.

1. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

- 한 달에 1번 이하(1점) 한 달에 2~4번(2점)
 일주일에 2~3번(3점) 일주일에 4번 이상(4점)

2. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

(아래의 두 곳 중 주로 드시는 술을 선택하여 한 곳에 표시해 주시면 됩니다.)

1) 소주,

- 반병 이하(0점) 1병 이하(1점) 1.5병정도(2점) 2병정도(3점) 2.5병 이상(4점)

2) 기타의 술,

양주, 와인은 각각의 술잔으로 계산하십시오. 막걸리는 한 사발을 한 잔으로, 맥주는 캔맥주 1캔 또는 작은 병맥주 1병을 한 잔으로 계산하십시오.(생맥주 500cc는 1.3잔으로 계산하십시오).

- 1~2잔(0점) 3~4잔(1점) 5~6잔(2점) 7~9잔(3점) 10잔 이상(4점)

3. 한 번의 술좌석에서 소주 1병을 초과하거나 맥주 5캔(생맥주 2,000cc) 이상*을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

(* 알코올 60g에 해당하는 음주량을 의미한다. / 양주, 와인, 막걸리는 각각의 술잔으로 5잔 이상)

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

4. 지난 1년간, 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

5. 지난 1년간, 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

6. 지난 1년간, 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

7. 지난 1년간, 음주 후 술을 마신 것에 대해 후회한 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

8. 지난 1년간, 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

9. 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나, 또는 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?

- 전혀 없었다(0점) 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)
 지난 1년 동안에 있었다(4점)

10. 가족이나 의사가 당신의 음주에 대해 걱정을 하거나, 또는 '술을 끊거나 줄이라'는 권고를 한 적이 있습니까?

- 전혀 없었다(0점) 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)
 지난 1년 동안에 있었다(4점)

합계

운동 생활습관 평가 도구

수검자 성명

※ 다음은 평소 일주일 동안 본인이 참여하고 있는 다양한 신체활동 시간과 관련된 질문입니다. 신체적으로 활동적인 사람이 아니더라도 질문에 답해주세요.

‘고강도 활동’은 격렬한 신체 활동으로 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 활동을, ‘중강도 활동’은 중간 정도의 신체 활동으로 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 활동을 말합니다.

1. 우선 본인이 일하는 시간을 생각해 보세요. 일을 돈을 받는 일, 돈을 받지 않고 하는 일, 학교생활 / 교육, 집안일, 농업, 어업, 목축업, 구직과 같이 현재 하고 있는 것이라고 생각하시면 됩니다.
(예: 직업, 학업, 집안일, 봉사활동, 학교 체육 수업 등)

1-1. 본인의 일은 최소 10분 이상 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 고강도 신체 활동을 포함하고 있습니까?

※ 고강도 신체활동: 무거운 것을 들어 올리거나 나르는 일(약 20kg 이상), 땅파기, 건설 현장에서의 노동, 계단으로 물건 나르기 등

① 예

② 아니요 (1-4번으로)

1-2. 평소 일주일 동안, 일과 관련된 고강도 신체 활동을 며칠 하십니까?

일주일에 일

1-3. 평소 하루에 일과 관련된 고강도 신체 활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 시간 분

1-4. 본인의 일은 최소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 중강도 신체 활동을 포함하고 있습니까?

※ 중강도 신체활동 : 빠르게 걷기(일하는 중에), 가벼운 물건 나르기, 청소, 욕아(목욕시키기, 아이 안아주기 등)

① 예

② 아니요 (2번으로)

1-5. 평소 일주일 동안, 일과 관련된 중강도 신체 활동을 며칠 하십니까?

일주일에 일

1-6. 평소 하루에 일과 관련된 중강도 신체 활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 시간 분

2. 앞서 말한 일과 관련된 신체 활동은 제외합니다. 본인이 장소를 이동할 때, 어떻게 하시는지에 대해 묻겠습니다.

※ 장소 이동 시 신체활동: 일하러 갈 때, 쇼핑 갈 때, 장보러 갈 때, 학교 등·하교 시, 학원 갈 때 등

2-1. 평소 장소를 이동할 때 최소 10분 이상 계속 걷거나 자전거 이용을 하십니까?

① 예

② 아니요 (3번으로)

2-2. 평소 일주일 동안, 장소를 이동할 때 최소 10분 이상 계속 걷거나 자전거 이용을 며칠 하십니까?

일주일에 일

2-3. 평소 하루에 장소를 이동할 때 걷거나 자전거 이용을 몇 시간 하십니까?

하루에 시간 분

3. **앞서 말한 일과 장소 이동 시 신체 활동에 대해서는 제외합니다.** 스포츠, 운동 및 여가 활동에 대하여 묻겠습니다.

3-1. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까?

※ 예: 달리기, 줄넘기, 등산, 농구 시합, 수영, 배드민턴 등

예

아니요 (3-4번으로)

3-2. 평소 일주일 동안, **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?

일주일에 일

3-3. 평소 하루에 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 시간 분

3-4. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까?

※ 예: 빠르게 걷기, 가볍게 뛰기(조깅), 웨이트 트레이닝(근력 운동), 골프, 댄스스포츠, 필라테스 등

예

아니요 (4번으로)

3-5. 평소 일주일 동안, **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?

일주일에 일

3-6. 평소 하루에 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 시간 분

4. **다음은 자는 시간을 제외하고,** 일할 때나 집에 있을 때, 장소를 이동할 때, 친구와 함께 할 때에 앉아 있거나 누워 있는 것에 대한 질문입니다.

※ 예: 책상에 앉아 있기, 친구와 앉아 있기, 자동차·버스·기차를 이용해 이동하기, 책 읽기, 글쓰기, 카드놀이 하기, 텔레비전 보기, 게임 하기(닌텐도, 컴퓨터, 플레이스테이션), 인터넷 사용, 음악감상 등

4-1. 평소 하루에 앉아 있거나, 누워 있는 시간이 몇 시간입니까?

하루에 시간 분

5. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 **근력 운동**을 한 날은 며칠입니까?

전혀 하지 않음

1일

2일

3일

4일

5일 이상

6. 심장에 문제가 있어서 운동을 할 경우 의사의 권고에 의해서만 하라고 들은 적이 있습니까?

예

아니요

7. 운동을 할 때 가슴에 통증을 느낀 적이 있습니까?

예

아니요

8. 지난달에 운동을 하지 않고 있는 동안에도 가슴에 통증을 느낀 적이 있습니까?

예

아니요

9. 어지럼증이나 의식소실로 인해 균형을 잃은 적이 있습니까?

예

아니요

10. 운동을 바꾼 후에 뼈나 관절에 문제가 생긴 적이 있습니까?

예

아니요

11. 현재 혈압이나 심장문제로 의사로부터 처방을 받고 있습니까?

예

아니요

12. 운동을 하면 안 되는 다른 이유가 있습니까?

예

아니요

비만 생활습관 평가 도구

수검자 성명

비만생활습관 평가대상자

비대상자

◆ 신장: _____ cm

◆ 체중: _____ kg

◆ 허리둘레: _____ cm

◆ 체질량지수: _____ kg/m²

1. 현재 체중이 10대 후반이나 20대 초반이었을 때와 비교하여 10kg 이상 늘었습니까?

예

아니요

2. 당신은 현재까지 체중감량을 몇 차례나 시도해 보았습니까?

전혀 해 본 적이 없다

1~3회

4회 이상

항상 노력하고 있다

3. 당신은 체중감량을 통해 정상 체중을 지속적으로 유지하는데 관심이 있습니까?

별로 관심이 없다

어느 정도 관심이 있다

매우 관심이 있다

인지기능장애 평가도구

Korean Dementia Screening Questionnaire - C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오.
(동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다			
3. 같은 질문을 반복해서 한다			
4. 약속을 하고서 잊어버린다			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다			
점 수	/ 30		

건강검진 추가 문진표

수검자명		주민등록번호	
------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시요.



노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예 ② 아니요

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니요

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예 ② 아니요