

일반건강검진 결과기록지

사업장명		성명		사원번호	
사업소명		주민등록번호	-	연락처(HP)	
건강검진일	년 월 일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장		

구분	검사항목	결과			
계측검사	키	cm	<input type="checkbox"/> 본인 기재	몸무게	kg
	허리둘레	cm	<input type="checkbox"/> 본인 기재	체질량지수	kg/m ²
	시력(좌/우)	/	<input type="checkbox"/> 교정	청력(좌/우)	/
	혈압(최고/최저)	mmHg			
요검사	요단백	1. 음성	2. 약양성(±)	3. 양성(+1)	4. 양성(+2)
혈액검사	혈색소	g/dL	공복혈당		mg/dL
	총콜레스테롤	mg/dL	HDL-콜레스테롤		mg/dL
	트리글리세라이드	mg/dL	LDL-콜레스테롤		mg/dL
	혈청크레아티닌	mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)		mL/min/1.73m ²
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)		U/L
	감마지티피(γ-GTP)	U/L			
흉부방사선검사		1. 정상 2. 사진불량 3. 비활동성(정상) 7. 폐결핵의증 8. 비결핵성 질환 9. 순환기계 질환 10. 진단미정 11. 미촬영 12. 유질환자 13. 비활동성 폐결핵			
B형간염검사	표면항원	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치() 이하
	표면항체	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치() 이하
	검사결과		1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형 간염 보균자 의심 4. 판정 오류		
노인신체기능검사	하지기능		(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/보행장애(①유 ②무)		
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태	(한 다리로 서기) 초
골밀도검사	양방사선(말단)골밀도검사		① -1 이상	② -1 ~ -2.5	③ -2.5 이하
	정량적전산화단층골밀도검사		① 120 초과	② 80 ~ 120	③ 80 미만
	초음파골밀도측정		① -1 이상	② -1 ~ -2.5	③ -2.5 이하
	검사결과		① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증		
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과		정신건강검사(우울증)	<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	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (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"/> 아니요 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요			
노인신체기능검사		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하			
진찰 및 상담	과거병력	(진단) 1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】 (약물) 1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】			
	가족력	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】		B형간염(바이러스부유) 1.예 2.아니요 3.모름	
	생활습관	직계가족의 심혈관 질환의 조기발병 직계가족()가()세경에 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색 발병			
의심질환		① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요			
생활습관 관리		유질환 기타			
판정	<input type="checkbox"/> 정상A				
	<input type="checkbox"/> 정상B ①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 ⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타)				
	<input type="checkbox"/> 일반 질환의심 ①폐결핵 ②기타흉부질환 ③이상지질혈증 ④간장질환 ⑤신장질환 ⑥빈혈증 ⑦골다공증 ⑧난청 ⑨비만 ⑩기타질환()				
	<input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심 ①고혈압 ②당뇨병				
	<input type="checkbox"/> 유질환자 ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵				
검진일		검진(문진)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				
판정일		검진(판정)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				

* 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

[별지 제1호 서식]

건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주소	E-mail		건강검진 결과통보서 수령방법 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

 **질환력(과거력, 가족력)**

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

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

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

 **흡연 및 전자담배**

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

- ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요)
 ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까?

- ① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요)
 ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	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 아니요
 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요 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, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)


술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

* 폭음 : 하루 동안의 최대음주량으로 판단

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? 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 답해주시고.

* 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 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

