

# 일반건강검진 결과기록지

성명		주민등록번호	-	검진장소
전화번호	(전화)	(핸드폰)		내원
결과지 받으실 주소				
결과지 수령방법(택1) ※미선택시 카카오톡으로 발송됩니다※			<input type="checkbox"/> 카카오톡	<input type="checkbox"/> 우편발송

구분	검사항목	결 과		
계측 검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재
	몸 무게	kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	시력(좌/우) <input type="checkbox"/> 측정불가	/ <input type="checkbox"/> 교정
	체질량지수	kg/m <sup>2</sup>	청력(좌/우) <input type="checkbox"/> 측정불가	<input type="checkbox"/> 교정 / <input type="checkbox"/> 교정
	혈압(최고/최저)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg

요검사	요 단 백	1. 음성 2. 약양성(±)	3. 양성(+1)	4. 양성(+2)	5. 양성(+3)	6. 양성(+4)
-----	-------	-----------------	-----------	-----------	-----------	-----------

혈액 검사	혈 색 소	g/dL	감마지티피(γ-GTP)	U/L
	공복혈당	mg/dL	총콜레스테롤	mg/dL
	혈청크레아티닌	mg/dL	고밀도(HDL) 콜레스테롤	mg/dL
	신사구체여과율(e-GFR)	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	저밀도(LDL) 콜레스테롤	mg/dL
	에이에스티(AST(SGOT))	U/L	저밀도(LDL) 콜레스테롤(실측)	mg/dL
	에이엘티(ALT(SGPT))	U/L	중성지방	mg/dL

B형간염 검사	표면항원	정밀	1.음성 2.양성 검사수치( ) 기준치0.9이하	검사 결과	1.항체 있음 2.항체 없음
	표면항체	정밀	1.음성 2.양성 검사수치( ) 기준치9.9이하		3.B형 간염 보유자 의심 4.판정보류

C형간염 항체검사	정밀	1.음성 2.양성 검사수치( ) 기준치1.0이상 양성	검사결과	1.항체 있음(C형간염 의심) 2.항체 없음
-----------	----	-------------------------------	------	--------------------------

흉부방사선검사 (No. )	1.정상 2.사진불량 3.비활동성(정상) 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환 9.순환기계 질환				
	10.진단미정 11.미촬영 12.유질환자 13.비활동성 폐결핵				

노인신체 기능검사	하지기능	초 (정상:10초 이내)	보행장애	①유 ②무 ③검사불가	
	평형성	눈 감은 상태	초 (정상:15초 이상)	눈 뜬 상태	초 (정상:20초 이상)
	검사결과	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하			

노인기능평가(문진)	독감예방 접종	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	폐렴예방 접종	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	낙상위험-낙상경험여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	배뇨장애 의심	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	일상생활 수행능력	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요		

정신건강검사 (우울증, 조기정신증) 및 인지기능장애 검사결과	우울증 검사결과	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음(0-4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상(5-9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상(10-19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상(20점이상 또는 9번문항 1점 이상)	조기정신증 검사 결과	<input type="checkbox"/> 증상 없음 (영역별 0-5점) <input type="checkbox"/> 전문의 진단 필요 (빈도 또는 고통영역 6점 이상)
	인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요)		

골밀도 검사	정량적전산화단층골밀도검사	① 120 초과 ② 80 ~ 120 ③ 80 미만	골밀도측정부위	기타
	검사결과	① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증	측정값	

진찰 상담	과거 병력	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩만성폐쇄성폐질환 ⑪기타】			
	약물	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩만성폐쇄성폐질환 ⑪기타】			
	가족력	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】		B형간염(바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름	
	생활습관	① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요			

의심질환		유질환	
생활습관 관리		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 ③간장질환 ④신장질환 ⑤빈혈증 ⑥골다공증 ⑦난청 ⑧비만 ⑨우울증 ⑩조기정신증 ⑪C형간염 ⑫만성폐쇄성폐질환 ⑬기타질환( )
	<input type="checkbox"/> 고혈압,당뇨병,이상지질혈증 질환의심	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증
	<input type="checkbox"/> 유질환자	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵 ⑤우울증 ⑥조기정신증 ⑦C형간염 ⑧만성폐쇄성폐질환

검진일	년 월 일	검진(문진)의사	면허번호	
판정일	년 월 일		의사명	(서명)
통보일	년 월 일	검진(판정)의사	면허번호	
			의사명	(서명)

# 건강검진 문진표



## 질환력(과거력, 가족력)

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

	진단	약물치료
뇌졸중(중풍)		
심근경색/협심증		
고혈압		
당뇨병		
이상지질혈증(고지혈증)		
폐결핵		
우울증		
조기정신증		
C형간염		
만성폐쇄성폐질환(COPD)		
기타(암포함)		
해당사항 없음		

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

뇌졸중(중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	기타(암포함)	없음

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예      ② 아니오      ③ 모름



## 흡연 및 전자담배

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

① 아니오(흡연한 적 없음)		
② 예	현재 피움	흡연 기간 총( )년
		하루 평균 ( )개비
	과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	과거 흡연 기간 총( )년
		과거 흡연했을 때 하루 평균 ( )개비
		끊은 지 ( )년

5. 지금까지 **궐련형 전자담배(가열담배 - 아이코스, 글로, 릴 등)**를 사용한 적 있습니까?

① 아니오(사용한 적 없음)		
② 예	현재 피움	흡연 기간 총( )년
		하루 평균 ( )개비
	과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	과거 흡연 기간 총( )년
		과거 담배 사용했을 때 하루 평균 ( )개비
		끊은 지 ( )년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오(사용한 적 없음)	
② 예	최근 한 달 동안 사용한 경험이 있습니까?
	① 아니오    ② 월 1-2일    ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일    ⑤ 매일



## 음주(지난 1년간)

7. (지난 1년간) 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

★1개만 응답★

- ① 일주일에 ( )번      ② 한 달에 ( )번  
③ 1년에 ( )번      ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. (지난 1년간) 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? ★평균 음주량 작성★

\* 잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성(술 종류는 복수 응답 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. (지난 1년간) 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까? ★최대 음주량 작성★

\* 잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성(술 종류는 복수 응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 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** 신체활동(달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)을 하십니까?

아니오

예    주당( )일, 하루에 평균 ( )시간 ( )분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 **중강도** 신체활동(빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등)을 하십니까?

\* 8-1번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시시오.

아니오

예    주당( )일, 하루에 평균 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ( )일