

# 일반건강검진 결과기록지

성명				주민등록번호	-			검진장소			
전화번호	(전화)			(핸드폰)			내원				
결과지 받으실 주소											
이메일							결과지 수령방법(택1)		<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 직접수령		
구분	검사항목				결 과						
계측 검사	키		cm <input type="checkbox"/> 본인 기재		허리둘레		cm <input type="checkbox"/> 본인 기재				
	몸 무 게		kg <input type="checkbox"/> 본인 기재		시력 (좌/우)		/ <input type="checkbox"/> 교정				
	체질량지수		kg/m <sup>2</sup>		청력 (좌/우)		<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		HDL-콜레스테롤		mg/dL				
	신사구체여과율(e-GFR)		mL/min/1.73m <sup>2</sup>		LDL-콜레스테롤		mg/dL				
	AST(SGOT)		U/L		LDL-콜레스테롤(실측)		mg/dL				
	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					
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 (질환의심:20초이상)		보행장애		①유 ②무				
	평형성		눈 감은 상태		초 (질환의심:5초이내)		눈 뜬 상태		초 (질환의심:9초이내)		
노인신체기능검사				<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) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강검사 (우울증)		<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 (20-27점)								
	인지기능장애		<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점)								
골밀도 검사	정량적전산화단층골밀도검사		① 120 초과 ② 80 ~ 120 ③ 80 미만		골밀도측정부위		기타				
	검사결과		① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증								
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 (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 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	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 중이십니까?

	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	이상 지질 혈증	폐결핵	기타 (암포함)	없음
진단여부								
약물치료 여부								

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		
② 예	현재피움	흡연 기간 총( )년
		하루평균( )개비
	현재안피움(과거흡연)	과거 흡연 기간 총( )년
		과거 흡연했을 때 평균( )개비
		끊은지( )년

5. 지금까지 **관련형 전자담배(가열담배)**를 피운적 있습니까?  
예)아이코스, 글로, 릴 등

① 아니오		
② 예	현재피움	흡연 기간 총( )년
		하루평균( )개비
	현재안피움(과거흡연)	과거 흡연 기간 총( )년
		과거 흡연했을 때 평균( )개비
		끊은지( )년

6. **액상형 전자담배**를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오	
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. 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?

### ★평균 음주량 작성★

\* **잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성**(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 음주량은 어느 정도입니까?

### ★최대 음주량 작성★

\* **잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성**(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				

## ◇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?

<input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 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 답해주십시오.

<input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 예	주당( )일, 하루에 평균 ( )시간 ( )분

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