

# 일반건강검진/의료급여 생애전환기 검진 결과기록지

※    붉은선 안에만 기재하시기 바랍니다.

성명		전화(핸드폰)	[바코드 붙이는곳]	
주민번호				
사업장명		부서		
E-mail		건강검진장소	<input type="checkbox"/> 출장	<input type="checkbox"/> 내원
주소				

\* 아래란은 병원에서 검사 후 기록하는 란입니다.

신장 cm				체중 kg				허리둘레 cm				시력( <input type="checkbox"/> 교정 )				혈압(최고)			혈압(최저)			하지기능		평형성											
<input type="checkbox"/> 본인기재				<input type="checkbox"/> 본인기재				<input type="checkbox"/> 본인기재				<input type="checkbox"/> 측정불가										<input type="checkbox"/> 보행장애 유		눈 뜬 상태		눈 감은 상태									
												좌		우		mmHg			mmHg			초		초		초									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

청력검사	좌 → <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 측정불가		우 → <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 측정불가	
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 (20점 이상 또는 9번문항 1점 이상)	
조기정신증	<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)			
노인기능평가 (문진)	(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요			
	(폐렴예방접종) <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			
노인신체기능검사 (기능검사)	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하			

진찰 및 상담	과거 병력	진단	없음	뇌졸중	심장병	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	우울증	조기정신증	C형간염	만성폐쇄성폐질환	기타(암포함)	
		약물	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	가족력	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 【 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기타(암포함) _____ 】													
	B형간염 (바이러스보유)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름													
생활습관	<input type="checkbox"/> 금연필요 <input type="checkbox"/> 절주필요 <input type="checkbox"/> 신체활동필요 <input type="checkbox"/> 근력운동필요														

의심질환		기타	
생활습관질환			
검진일	검진(문진)의사	면허번호	
년 월 일		의사명	(서명)
판정일	검진(판정)의사	면허번호	
년 월 일		의사명	(서명)

\* 문진의사와 판정의사 다를 경우 각각 기재함.

요검사	요단백	1.음성 2.약양성(±) 3.양성(+1) 4.양성(+2) 5.양성(+3) 6.양성(+4)		
혈액 검사	혈 색 소	g/dL	공복혈당	mg/dL
	총콜레스테롤	mg/dL	고밀도(HDL)콜레스테롤	mg/dL
	중성지방	mg/dL	저밀도(LDL)콜레스테롤	mg/dL
	혈청크레아티닌	mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)	mL/min/1.73m <sup>2</sup>
	에이에스티(AST(SGOT))	U/L	에이엘티(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

B형간염 검사	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 보유자 의심 4.판정보류			

C형간염 검사	항체검사	일반	1.음성 2.양성	정밀	검사수치( ) 검사기관 기준치( ) 이하
	검사결과	1.항체 있음(C형간염 의심) 2.항체 없음			

골밀도 검사	양방사선(말단)골밀도검사	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하		
	정량적전산화단층골밀도검사	① 120초과 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		

폐기능 검사	<input type="checkbox"/> 기본	<input type="checkbox"/>	FVC	L	정상예측치의	%	<input type="checkbox"/>	FEV <sub>6</sub>	L	정상예측치의	%
			FEV <sub>1</sub> /FVC			%		FEV <sub>1</sub> /FEV <sub>6</sub>			%
	<input type="checkbox"/> 간이		FEV <sub>1</sub>	L	정상예측치의	%	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 만성폐쇄성질환의심 <input type="checkbox"/> 기타 폐기능 이상 <input type="checkbox"/> 측정불가 <input type="checkbox"/> 검사불가				
	측정불가 사유:										

**판정**

정상A

정상B    ①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤ 당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리  
⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 ⑩기타질환관리 [ 1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타\_\_\_\_\_ ]

일반질환의심    ①폐결핵 ②기타흉부질환 ③간장질환 ④신장질환 ⑤빈혈증 ⑥골다공증 ⑦난청  
⑧비만 ⑨우울증 ⑩조기정신증 ⑪C형간염 ⑫기타질환( )

고혈압·당뇨병·이상지질혈증 질환의심    ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증

유질환자    ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵 ⑤우울증 ⑥조기정신증 ⑦C형간염

# 건강검진 문진표

※    붉은선 안에만 기재하시기 바랍니다. 검정색 볼펜으로 (예:  안에 X 또는  표시) 정확하게 표기 바랍니다.

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

성명		주민번호		전화(핸드폰)	
사업장명		부서		건강검진장소	<input type="checkbox"/> 출장 <input type="checkbox"/> 내원
주소					

※ 국민건강보험공단 검진대상자는 국가검진비용 공단 청구에 동의합니다. 성명 : \_\_\_\_\_ (서명)

## [ 질환력(과거력, 가족력) ]

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료중이십니까?

질병명	해당없음	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	우울증	조기정신증	C형간염	만성폐쇄성 폐질환	기타(암포함) ( )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
진단	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

뇌졸중(중풍)  심장병(심근경색/협심증)  고혈압  당뇨병  기타(암포함)( )  해당없음

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?  예  아니요  모름

## [ 흡연 및 전자담배 ]

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

아니요 (5번 문항으로)  예 (4-1번 문항으로)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

현재 피움

↳ 총( )년, 하루평균( )개비 → 흡연기간, 흡연량 표시

과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

↳ 총( )년, 하루평균( )개비

끊은지( )년 → 흡연기간, 흡연량, 끊은기간 표시

흡연 기간	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

흡연 량	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

끊은 기간	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

아니요 (6번 문항으로)  예 (5-1번 문항으로)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

현재 피움

↳ 총( )년, 하루평균( )개비 → 흡연기간, 흡연량 표시

과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

↳ 총( )년, 담배사용했을 때 하루평균( )개비

끊은지( )년 → 흡연기간, 흡연량, 끊은기간 표시

흡연 기간	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

흡연 량	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

끊은 기간	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

아니요 (7번 문항으로)  예 (6-1번 문항으로)

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

아니요  월 1~2일  월 3~9일  월 10~29일  매일

※  붉은선 안에만 기재하시기 바랍니다. 검정색 볼펜으로 (예:  안에 X 또는  표시) 정확하게 표기 바랍니다.

**[ 음주 ※ 지난 1년간 ]**

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- 일주일에 ( )회
- 한 달에 ( )회
- 1년에 ( )회
- 술을 마시지 않는다. (8-1번 문항으로)

술 마신 횟수	십의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	일의자리	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7-1. 술을 마시는 날은 하루에 보통 어느 정도

마십니까? \*잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오.  
(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표시) 안에 숫자 기입 후 표시 →

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도

입니까? \*잔, 병, 캔, cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오.  
(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표시) 안에 숫자 기입 후 표시 →

소주	맥주				양주	막걸리		와인	
<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 캔 <input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병
십 일	천 백 십 일	십 일	십 일	십 일	십 일	십 일	십 일	십 일	십 일
0 0	0 0 0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
1 1	1 1 1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
2 2	2 2 2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2
3 3	3 3 3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
4 4	4 4 4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
5 5	5 5 5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5
6 6	6 6 6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6
7 7	7 7 7 7	7 7	7 7	7 7	7 7	7 7	7 7	7 7	7 7
8 8	8 8 8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8
9 9	9 9 9 9	9 9	9 9	9 9	9 9	9 9	9 9	9 9	9 9

**[ 신체활동(운동) ]**

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

(예: 달리기, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)

- 없음  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에  시간  시간

분  분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? ※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외

(예: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기 등)

- 없음  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에  시간  시간

분  분

10. 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

- 없음  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일