

건 강 평 가 표 [필수]



◆ 작성방법

해당란에 O나 V를 해주시고, 기입란에는 해당사항을 구체적으로 적어 주십시오.

※ 본 설문지의 내용은 병력 조사목적 이외에는 사용되지 않습니다.

검 사 일	20 년 월 일	연 락 처	
성 명		성 별	남 / 여
생 년 월 일		결 혼 여 부	☐ 미혼 ☐ 기혼
주 소			

검진자 유의사항

검진전일

1. 검진 전일 저녁식사는 기름기 없는 것으로 가볍게 드시고 **저녁 10시 이후**에는 일체 금식하여 주십시오.
(물, 껌, 커피, 흡연 등 일체 금식)
2. 임신 및 생리중에는 검진을 하실 수 없습니다.
(부인과 검진이나 방사선 노출 검사를 제외하시면 검사가능합니다.)
3. 채변용기를 받은 분들은 대변을 채취하여 오시기 바랍니다.

내시경시 주의 약물 (항응고제, 혈압약, 당뇨약)

1. 항응고제(아스피린, 와파린(쿠마딘), 티클로피딘, 클로피도그렐, 디피리다몰 등)를 복용하시는 경우 조직검사시 출혈의 위험이 있어 약을 처방해 주신 의사선생님과 반드시 사전협의 후 검진 전 **약 1주 정도**는 복용을 중단하시기 바랍니다.
** 특히, 혈압약을 드시는 분은 혈압약과 함께 아스피린 약제가 포함되어 있는지 확인 바랍니다.
2. 혈압약을 드시는 분은 검진 당일 소량의 물과 함께 복용을 권합니다. (단, 아스피린 포함여부 확인요망)
3. 당뇨가 있어서 약물치료나 인슐린 주사를 맞고 계시는 분은 검진 금식으로 인해 저혈당이 올 수 있으므로 약 복용을 금하셔야 합니다.

검진당일

1. 아침식사는 물론 일체금식(물, 껌, 커피, 흡연 등)하여 주십시오. (양치질은 무방합니다.)
2. 공복시간이 너무 길면 위에 지장을 주기 때문에 정확한 검진을 위하여 검진시간을 지켜주십시오.
3. 임신 및 임신 가능성이 있으면 미리 말씀해 주십시오.
4. 전립선초음파(남)를 하실분은 소변을 참고 오시기 바랍니다.
5. 귀중품이나 장신구는 착용하지 마십시오.
6. 예약시간 10분전까지 도착하여 주십시오.
7. 수면내시경 예약자는 **자가운전을 절대 금해주시기** 바랍니다.

예방접종 문진표 (예방접종 여부를 'V'표시해 주세요)

질환명	예	아니오	모른다	비고
폐렴구균	☐	☐	☐	평생 1회 접종
일본뇌염(성인용)	☐	☐	☐	평생 1회 접종
대상포진	☐	☐	☐	50세 이상 1회 접종
자궁경부암	☐	☐	☐	3회 접종
수막구균	☐	☐	☐	55세 이전 1회 접종

건강검진 실시기준 [별지 제1호 서식]

건강검진 문진표

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

수검자 성명	주민등록 번호	전화번호	자택 핸드폰
주소	E-mail 주소		
건강검진 결과통보서 수령방법 ☐ 우편 ☐ 모바일 ☐ 이메일			

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

질환력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
우울증	예	아니오	예	아니오
조기정신증	예	아니오	예	아니오
C형간염	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

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

뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)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 궐련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등)를 사용한 적 있습니까?

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

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까?

① 현재 피움	총 ____ 년	하루평균 ____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____ 년	담배사용했을 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 작성해 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 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성해 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				

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 답해주십시오.
* 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, 엽기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일

암검진 실시기준 [별지 제1호 서식]

암검진 문진표

수검자 성명		주민등록번호		전화번호	자택	
					핸드폰	
[] 건강보험가입자 [] 의료급여수급권자			E-mail 주소			
			건강검진 결과통보서 수령방법	[] 우편 [] E-mail [] 모바일		
주 소					우편번호	

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 환수됩니다.

암 검진(공통) 관련 문항 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 '○'표시해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

① 예 (증상: _____) ② 아니오

2. 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

① 아니오 ② 체중감소 (_____ kg)

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 (_____ 암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명		검사 시기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년 이상~ 2년 미만	2년 이상~ 10년 미만
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부CT				
간암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항 ※해당되는 곳에 '○'표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위계양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질환명	대장용종	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵, 치열)	기타	없음
질환유무						

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

질환명	만성폐쇄성폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

※ 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(검진대상자만 응답해주세요.)

9. 월경을 언제 시작하셨습니까?

- ① 세 ② 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음 ③ 폐경되었음 (폐경연령: 세) ④ 병력으로 월경하지 않음

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

- ① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용
③ 2년 이상 ~ 5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니까?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

- ① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음

14. 과거 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성 종양)이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

- ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용 ③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음

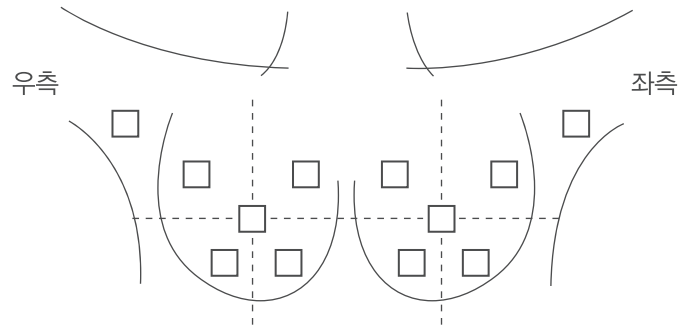
유방 검사 설문지 (여성만 작성해 주세요)

※ 유방 검사 전 필히 작성하여 제출바랍니다.

– 아래 설문을 보시고 해당 사항이 있으시면 ○ 하시고, 되도록 자세히 작성해주세요.

1. 자가증상 (유 , 무)

- 1) 통증 (좌, 우)
- 2) 열감 (좌, 우)
- 3) 멍울 (좌, 우)
- 4) 피부함몰 (좌, 우)
- 5) 유두함몰 (좌, 우)
- 6) 유즙 (좌, 우)



* 증상이 있는 곳에 표시(V)해 주세요

– 색깔 : 젖, 맑은액, 핏물, 노란액, 기타분비물 ()

– 양 : 속옷에 묻는 정도, 짜면 맺히는 정도, 뚝뚝 흐르는 정도, 줄줄 흐르는 정도, 기타 ()

7) 기타증상 (좌, 우) :

2. 과거 유방 검사 (유 , 무)

검사명	가장 최근 검사일 ¹	병원명 ²
유방초음파		
유방촬영(X선 검사)		

3. 기타 과거 유방 조직검사 (유 , 무)

검사명	검사일 ¹	검사결과 ³	병원명 ²
조직검사			
맘모톰			
수술			

4. 가족 중 유방암 (유 , 무)

관계 :

진단시기 :

5. 장기복용한 약물 (유 , 무)

- 피임약, 호르몬약, 골다공증 예방약, 위장약
- 기타약 :
- 복용기간 :

작성시 참조사항

1. 검사일은 대략 적어주셔도 됩니다 (2개월전, 1년전, 5년전 등)
2. 병원명이 기억 안 나시면 병원규모 위주로 적어주셔도 됩니다 (의원, 산부인과 병원, 유방클리닉, 대학병원 등)
3. 검사결과는 될수 있으면 구체적 진단명으로 적어주시고, 기억이 잘 안나시면 악성, 양성 여부를 적어주세요

인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)

[만66세이상 2년마다 해당]

Korean Dementia Screening Questionnaire - C: KDSQ-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		

정신건강검사 평가도구(PHQ-9)

[20~34세 2년 마다, 35~39세 1회, 40대1회, 50대1회, 60대1회, 70대1회]

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?

Korean Dementia Screening Questionnaire – C	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의매일
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 안절부절 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			

정신건강검사 평가도구(CAPE-15) [20~34세 2년 마다]

한글판 Community Assessment of Psychic Experiences-15: CAPE-15

본 설문은 정신증 관련 경험을 스스로 알아보기 위한 것입니다. 일정 점수 이상일 경우, 증상의 원인을 파악하여 스트레스나 각종 정신건강 불편감에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정확한 진단을 위해서는 전문가의 심층 면담이 필요하므로 정신건강 의학과 전문의의 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

각 항목에 대해 얼마나 자주 해당 사항을 경험하는지 답해주시고, 해당 경험이 있을 경우 얼마나 힘들었는지 체크해 주십시오.

	빈도				고통			
	없음	가끔	자주	거의 항상	없음	조금	상당히	매우
1. 사람들이 당신에 대해 넌지시 말하거나, 숨겨진 의미로 어떤 말을 하는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 어떤 사람들이 겉으로 보이는 것과 다른 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 어떤 식으로든 당신이 괴롭힘 당하고 있는 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 당신을 둘러싼 음모가 있는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 당신의 외모 때문에 사람들이 당신을 이상하게 쳐다보는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 컴퓨터와 같은 전자 기기들이 당신이 생각하는 방식에 영향을 끼치는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 당신의 머릿속 생각들을 누군가 빼앗아 가고 있는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 당신의 머릿속 생각들이 자신의 것이 아닌 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 당신의 생각들이 너무나 생생해서 다른 사람들이 당신의 생각을 들을까 봐 걱정된 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 당신의 생각을 메아리처럼 들어본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 어떤 기운이나 힘이 당신을 통제하는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 가족이나 친구, 지인들과 똑같이 생긴 분신이 나타난 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 혼자 있을 때 어떤 음성을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 혼자 있을 때 어떤 사람들이 서로 말하는 것을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 다른 사람 눈에는 보이지 않는 어떤 사물이나, 사람, 혹은 동물을 본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
점 수	/45				/45			

[별지 제13호의1 서식]

일반건강검진 결과기록지

성명	주민등록번호		사업장명(기호)	
건강검진일	년	월	일	건강검진장소
☐ 내원 ☐ 출장				
구분	검사항목		결과	
계측검사	키		cm ☐ 본인 기재	몸무게
	허리둘레		cm ☐ 본인 기재	체질량지수
	시력(좌/우)		/ ☐ 교정 ☐ 측정불가	청력(좌/우)
	혈압(최고/최저)		/ mmHg	
요검사	요단백		1.음성 2.약양성(±) 3.양성(+1) 4.양성(+2) 5.양성(+3) 6.양성(+4)	
혈액검사	혈색소		g/dL	공복혈당
	총콜레스테롤		mg/dL	고밀도(HDL) 콜레스테롤
	중성지방		mg/dL	저밀도(LDL) 콜레스테롤
	혈청크레아티닌		mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)
	에이제스티(AST(SGOT))		U/L	에이엘티(ALT(SGPT))
	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
	표면항체	일반	1. 음성 2. 양성	정밀
	검사결과		1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형간염 보유자 의심 4. 판정보류	
C형간염 검사	항체검사	일반	1. 음성 2. 양성	정밀
	검사결과		1. 항체 있음(C형간염 의심) 2. 항체 없음	
노인신체 기능검사	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/보행장애(①유 ②무)		
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태 (한 다리로 서기) 초
골밀도 검사	양방사선(말단)골밀도검사	측정부위	☐ 고관절 ☐ 요추 ☐ 기타	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하
	정량적전산화단층골밀도검사			① 120 초과 ② 80 ~ 120 ③ 80 미만
	정량적초음파골밀도검사			① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하
	검사결과		T-점수	① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증
정신건강검사(우울증, 조기정신증) 및 인지기능장애 검사결과		우울증	☐ 우울증상 없음(점수 합산결과 0~4점) ☐ 가벼운 우울증상(점수 합산결과 5~9점) ☐ 중간 정도 우울증상(점수 합산결과 10~19점) ☐ 심한 우울증상(점수 합산결과 20~27점)	
		조기정신증	☐ 증상 없음(영역별 0~5점) ☐ 전문의 진단 필요(빈도 또는 고통영역 6점 이상)	
		인지기능장애	☐ 특이소견 없음 (0~5점) ☐ 인지기능저하 (6~30점, 추가적인 진찰과 상담 필요)	
노인기능평가(문진)		(독감예방접종) ☐ 예 ☐ 아니오 (폐렴예방접종) ☐ 예 ☐ 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) ☐ 예 ☐ 아니오 (배뇨장애의심) ☐ 예 ☐ 아니오 (일상생활수행능력) ☐ 정상 ☐ 일상생활 도움 필요		
노인신체기능검사		(기능검사) ☐ 정상 ☐ 신체기능 저하		
진찰 및 상담	과거병력	진단	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩기타(암포함)】	
		약물	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦우울증 ⑧조기정신증 ⑨C형간염 ⑩기타(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	☐ 정상A			
	☐ 정상B		①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 ⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타:)	
	☐ 일반 질환의심		①폐결핵 ②기타흉부질환 ③간장질환 ④신장질환 ⑤빈혈증 ⑥골다공증 ⑦난청 ⑧비만 ⑨우울증 ⑩조기정신증 ⑪C형간염 ⑫기타질환()	
	☐ 고혈압·당뇨병·이상지질혈증질환의심		①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증	
	☐ 유질환자		①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵 ⑤우울증 ⑥조기정신증 ⑦C형간염	
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

일반(암) 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다. 정보제공에 동의하는 검진종별에 '✓' 하시기 바랍니다.

[] 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함)

- 일반건강검진 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등이 의심되거나 질환이 있는 분들에게 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하'공단'이라 한다)이 보건소에 해당 검진자료를 제공하고 보건소는 공단에 건강관리서비스 내역을 제공하는 것
* 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양 등
- 일반건강검진 결과에서 폐결핵, C형 간염이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리청 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것
- 인지기능장애 검사결과에서 인지기능 저하 의심으로 판정받은 분들의 사후관리를 위하여 공단이 보건소 및 치매안심센터(중양 및 광역 포함)에 해당 검진자료를 제공하는 것

[] 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암)

- 암검진 결과에서 이상소견이나, “암의심” 또는 “암” 판정을 받은 경우에는 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 국립암센터에 해당 검진자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 『개인정보 보호법』 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 『건강검진 기본법』 시행령 제13조, 『국민건강보험법』 시행령 제81조 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

- 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

- ① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청, 공단, 치매안심센터
- ② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능 장애 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단결과서(舊 보건증) 발급 시 활용
- ③ 제공하는 개인정보 항목

구분	활용기관	개인정보 항목
☐ 일반건강검진 결과	공단 → 보건소	개인식별정보(*), 건강검진 결과, 문진표
- 흉부방사선 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표
- C형간염 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표
- 인지기능장애 검사 결과	공단 → 치매안심센터(중양·광역 포함)	개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인 신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
☐ 암검진 결과	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
☐ 건강관리 서비스 내역	보건소 → 공단	보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

* 개인식별정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등

- ④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

- ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 건강관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 []

동의하지 않음 []

년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계	(서명 또는 인)	검진기관명(기호)	(의)성광의료재단 차움건강진의원(12315613)

정신건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.

- ☐ 일반건강검진·의료급여 생애전환기 검진 결과 중간 정도 이상 우울증 의심이거나 조기정신증 선별검사(CAPE-15) 결과 심층 상담이 필요한 분들에게 정신건강서비스를 제공하기 위해, 공단이 보건소, 보건복지부, 사회보장정보원 및 정신건강복지센터에 해당 검사 결과 자료를 제공하는 것
- ※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 『개인정보 보호법』 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 『건강검진 기본법』 시행령 제13조, 『국민건강보험법』 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.
- ※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

- 귀하의 개인정보를 검진기관으로부터 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.
- ① 정보 활용기관: 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터
 - ② 개인정보제공 목적: 정신건강검사(PHQ-9, CAPE-15) 결과에 따른 사후관리
 - ③ 제공하는 개인정보 항목
 - (일반건강검진 정신건강검사 결과) 공단 → 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보, PHQ-9 및 CAPE-15 검사결과 및 문진표
 - ④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년
 - ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 사후관리 서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 []

동의하지 않음 []

년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	—
	수검자와의 관계	(서명 또는 인)	검진기관명(기호)	(의)성광의료재단 차움건진의원(12315613)



개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

환자등록번호	성명	
--------	----	--

의료법인 성광의료재단 차움건강진센터는 귀하의 소중한 개인정보를 개인정보보호법 등 관련 법령상의 개인정보보호 규정에 근거하여 아래와 같이 수집·이용 및 제공하는데 동의를 받고자 합니다. 아래 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1.개인정보 수집 및 이용 내역 (선택사항)

수집·이용 목적	· 의료기관 의료서비스 만족도조사, 평가 등을 포함한 각종 설문조사, 해피콜 안내 · 의료기관 이용 안내 및 의료기관의 새로운 서비스, 행사정보 안내
수집하는 개인정보 항목	환자등록번호, 성명, 성별, 나이, 연락처
보유·이용기간	귀하의 개인정보는 개인정보의 수집·이용 목적을 위한 서비스 제공 기간 동안에 한하여 보유 및 이용되며, 귀하가 개인정보 삭제를 요청한 경우 즉시 삭제합니다.
동의 거부에 따른 불이익 안내	귀하는 위와 같은 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 개인정보 수집·이용 목적에 해당하는 서비스를 제한적으로 받을 수 있습니다

위 민감정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2.민감정보(건강정보)의 수집 및 이용 내역 (선택사항)

수집·이용 목적	교육(수련), 연구 등에 필요한 최소한의 분석자료
수집하는 민감정보 항목	개인정보: 환자등록번호, 성명, 성별, 나이 민감정보: 의료법 제22조(진료기록부 등)에 기재된 내용을 포함하여 의료진이 필요하다고 판단하는 정보(진료정보, 건강정보, 검사정보, 유전정보 등)
보유·이용기간	귀하의 민감정보는 민감정보의 수집·이용 목적을 위해 5년 동안 보유 및 이용되며, 귀하가 민감정보 삭제를 요청한 경우 즉시 삭제합니다.
동의 거부에 따른 불이익 안내	귀하는 위와 같은 민감정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 불이익은 없습니다.

위 민감정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

3.개인정보 제3자 제공에 대한 동의(선택사항)

제공목적	개인정보를 제공받는 의료기관에서 지속적인 의료서비스를 제공(진료연계)
제공 하는 항목	개인정보: 환자등록번호, 성명, 성별, 나이, 연락처, 주소 민감정보: 진료정보(병력, 가족력 등) 의료서비스 제공을 위하여 의료진이 필요하다고 판단하는 진료정보) 고유식별정보: 주민등록번호, 여권번호, 외국인등록번호
제공 받는 기관	귀하가 아래 의료기관에서 진료서비스를 받는 경우 개인정보가 제공될 수 있습니다. ☐ 차의과학대학교 강남차병원 ☐ 의료법인 성광의료재단 차여성의원 ☐ 차의과학대학교 분당차병원 ☐ 의료법인 성광의료재단 차움의원 ☐ 의료법인 성광의료재단 일산차병원 ☐ 의과학대학교 부속 구미차병원 ☐ 의료법인 성광의료재단 잠실차여성의원 ☐ 의료법인 세원의료재단 대구차여성의원
보유·이용기간	귀하의 개인정보는 개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 이용목적에 위한 의료서비스 제공 기간 동안에 한하여 보유 및 이용되며, 귀하가 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 철회할 경우 환자정보가 진료의뢰 의료기관에 제공되지 않습니다.
동의 거부에 따른 불이익 안내	귀하는 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 진료의뢰 의료기관에서 요청한 환자정보가 진료의뢰 의료기관에 제공되지 않습니다.

위 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

그 밖에 개인정보 취급에 관한 자세한 사항은 의료법인 성광의료재단 차움건강진센터 홈페이지(<http://gangnam.chahealth.co.kr>)에 공개하고 있는 “개인정보 처리 방침”을 참고하시기 바랍니다.

「개인정보보호법」에 의거하여 위와 같이 개인정보 수집·이용 및 제공에 동의합니다.

신 청 일 : 20 년 월 일

신 청 인 : (서명)

※ 법정대리인(만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다)

[법정대리인 동의서] 본인은 미성년자의 법정대리인으로 만 14세미만 아동의 개인정보 수집·이용에 동의합니다.

본인(신청인)과의 관계	법정대리인 연락처	법정대리인 성명
		(서명)



지하철 2호선 삼성역 5번출구 → 엔씨타워 I 2층 (도보로 5~6분)

버스 한국무역센터 삼성역 146 / 333 / 341 / 360 / 740
500-2 / 1100 / 1700 / 2000 / 2000-1 / 7007 / 8001 / 9303

포스코사거리 강남07 / 강남08 / 2416 / 3411 / 4425

주차이용 안내

주차장안내 지하6층 전용주차장 이용 (수면 내시경 고객인 경우 대중교통 이용바랍니다)

주차장입구 엔씨타워 I 건물 후문

주차장이용시간 평일 06:30 ~ 17:00 / 토요일 06:30 ~ 15:00

무 료 주 차 최대 4시간 (주차장이용시간 내로 제한됨)

※ 주차장 이용시간 이후 출차 및 지하6층 이외 주차시 주차요금 부과됨.

CHA 의과학대학교
차움 건진센터 삼성분원

상담 및 예약

대표전화 1800-7750

팩 스 02-2191-3914

홈페이지 <http://gangnam.chahealth.co.kr>

주 소 서울시 강남구 테헤란로 509 엔씨타워 I 2층