

건강검진 문진표

☐ 주민 ☐ 운전 ※ 직원 기재란	
검진순번	검진유형

★부분은 반드시 기재해 주세요

★ 수검자 성명			★ 주민등록번호		
★ 결과 수령 방법 (택1)	☐ 내원 ☐ 일반우편 ☐ 카카오톡 ☐ E-mail ※카카오톡 열람 기간은 수신일로부터 한 달입니다. (결과지 다운로드 및 이메일 발송 후 저장 가능)			★ 연락처	
				E-mail	
★결과 받을 주소					

※ **시간예약제**는 대기시간을 최소화하고 쾌적한 검진환경을 제공하기 위함입니다.

(예약 시간보다 일찍 내원하실 경우 대기시간이 발생할 수 있습니다)

※ **번호표**는 문진표 작성 및 검진 종류 확인 후 교부되며 **당일 검진 순번**으로 사용됩니다.

고객님의 소중한 건강과 더 나은 환경을 제공하기 위해 항상 최선을 다하겠습니다.

고객님의 예약 시간은 문자로 안내해 드리고 있습니다.					
☐ 7시	☐ 7시 30분	☐ 8시	☐ 8시 30분	☐ 9시	☐ 9시 30분
☐ 10시	☐ 10시 30분	☐ 11시	☐ 11시 30분	☐ 13시 30분	☐ 비예약
☎ 예약 관련 문의 043) 540-6971~3					

☐ 문의 및 운영시간

☎ 043) 221-5000(콜센터)
☎ 043) 540-6971~3

• 평 일 : 08:30 ~ 17:30
• 토요일 : 08:30 ~ 12:30

☐ 위치안내

충청북도 청주시 상당구 단재로 44,
효성병원 건강검진센터(글로벌효성메디컬센터)

1577-1000 국민건강보험공단 고객센터를 통해서 작년에 못 받으신 건강검진 신청하세요.

국민건강보험공단 어플을 통한 신청 방법 : The건강보험 → 건강 IN → 건강검진 → 전년도 미수검 검진 항목 신청

검진 전
주의 사항



대장약 복용법
안내



복용 약
주의 사항



다이어트 주사
투여 중단 안내



주차장 안내



건강진단 공통문진표

- ※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 ' V ' 표시해 주십시오.
 ※ 검진 대상자는 문진 사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보받으실 수 있습니다.

★ 질 한 력(과거력, 가족력)	★ 음 주																																																																																																																																																						
1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">진단</th> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> <th style="width: 30%;">약물치료</th> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>뇌졸중(중풍)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>심근경색/협심증</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>고혈압</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>당뇨병</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>이상지질혈증</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>폐결핵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>우울증</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>조기정신증</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C형 간염</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>만성폐쇄성폐질환</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>기타(암 포함)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">진단</th> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>뇌졸중(중풍)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>심근경색/협심증</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>고혈압</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>당뇨병</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>기타(암 포함)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름	진단	예	아니오	약물치료	예	아니오	뇌졸중(중풍)						심근경색/협심증						고혈압						당뇨병						이상지질혈증						폐결핵						우울증						조기정신증						C형 간염						만성폐쇄성폐질환						기타(암 포함)						진단	예	아니오	뇌졸중(중풍)			심근경색/협심증			고혈압			당뇨병			기타(암 포함)			※ 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, 병, 캔, CC 한 곳에만 작성해주세요. 술 종류는 복수응답 가능. 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>소주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>맥주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>양주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>막걸리</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>와인</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까? 잔, 병, 캔, CC 한 곳에만 작성해주세요. 술 종류는 복수응답 가능. 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">술 종류</th> <th style="width: 15%;">잔</th> <th style="width: 15%;">병</th> <th style="width: 15%;">캔</th> <th style="width: 15%;">CC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>소주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>맥주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>양주</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>막걸리</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>와인</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인					술 종류	잔	병	캔	CC	소주					맥주					양주					막걸리					와인				
진단	예	아니오	약물치료	예	아니오																																																																																																																																																		
뇌졸중(중풍)																																																																																																																																																							
심근경색/협심증																																																																																																																																																							
고혈압																																																																																																																																																							
당뇨병																																																																																																																																																							
이상지질혈증																																																																																																																																																							
폐결핵																																																																																																																																																							
우울증																																																																																																																																																							
조기정신증																																																																																																																																																							
C형 간염																																																																																																																																																							
만성폐쇄성폐질환																																																																																																																																																							
기타(암 포함)																																																																																																																																																							
진단	예	아니오																																																																																																																																																					
뇌졸중(중풍)																																																																																																																																																							
심근경색/협심증																																																																																																																																																							
고혈압																																																																																																																																																							
당뇨병																																																																																																																																																							
기타(암 포함)																																																																																																																																																							
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																																																																			
소주																																																																																																																																																							
맥주																																																																																																																																																							
양주																																																																																																																																																							
막걸리																																																																																																																																																							
와인																																																																																																																																																							
술 종류	잔	병	캔	CC																																																																																																																																																			
소주																																																																																																																																																							
맥주																																																																																																																																																							
양주																																																																																																																																																							
막걸리																																																																																																																																																							
와인																																																																																																																																																							
★ 흡연 및 전자담배	★ 신체활동(운동)																																																																																																																																																						
4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 담배를 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요) 4-1. 현재 일반담배(권련)를 피우십니까? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">① 현재 피움</th> <th style="width: 15%;">총 년</th> <th style="width: 15%;">하루 평균 개비</th> <th style="width: 15%;">② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</th> <th style="width: 15%;">총 년</th> <th style="width: 15%;">흡연했을 때 하루 평균 개비</th> <th style="width: 15%;">끊은지 년</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 5. 지금까지 권련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등을 사용한 적 있습니까? ① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요) 5-1. 현재 권련형 전자담배(가열담배)를 사용하십니까? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">① 현재 피움</th> <th style="width: 15%;">총 년</th> <th style="width: 15%;">하루 평균 개비</th> <th style="width: 15%;">② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</th> <th style="width: 15%;">총 년</th> <th style="width: 15%;">담배 사용했을 때 하루 평균 개비</th> <th style="width: 15%;">끊은지 년</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니오 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요) 6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니오 ② 월 1~2일 ③ 월 3~9일 ④ 월 10~29일 ⑤ 매일	① 현재 피움	총 년	하루 평균 개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루 평균 개비	끊은지 년								① 현재 피움	총 년	하루 평균 개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	담배 사용했을 때 하루 평균 개비	끊은지 년								8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일 ※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장노동, 계단으로 물건나르기 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 답해주시요. ※ 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																																																																																																																										
① 현재 피움	총 년	하루 평균 개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루 평균 개비	끊은지 년																																																																																																																																																	
① 현재 피움	총 년	하루 평균 개비	② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	담배 사용했을 때 하루 평균 개비	끊은지 년																																																																																																																																																	

추가 문진표 (66세 이후 해당자만 기재해 주세요)

66세 이후 2년마다 (인지기능장애 평가도구 KDSQ-C)

본 설문은 인지기능장애 평가를 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 : KDSQ-C	아니다	가끔(조금) 그렇다	자주(많이) 그렇다
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다	0	1	2
2. 자기가 뇌둔 물건을 찾지 못 한다	0	1	2
3. 같은 질문을 반복해서 한다	0	1	2
4. 약속을 하고서 잊어버린다	0	1	2
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다	0	1	2
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다	0	1	2
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다	0	1	2
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다	0	1	2
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예. 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)	0	1	2
10. 예전에 비해 성격이 변했다	0	1	2
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)	0	1	2
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다	0	1	2
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다	0	1	2
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)	0	1	2
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다	0	1	2
점 수	/ 30		

66세, 70세, 80세만 작성해 주세요. (노인기능평가 관련문항)

- 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ① 예 ② 아니오
- 폐렴예방접종을 받으셨습니까? ① 예 ② 아니오
- 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 ○ 표시를 해주십시오.
 - 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
- 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까? ① 예 ② 아니오

※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 ' V ' 표시해 주십시오.

※ 검진 대상자는 문진 사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보받으실 수 있습니다.

