

※검진당일은 무료주차입니다.
 ※문진표, 동의서 등을 미리 작성하여 내원해주시면
 원활한 검진이 가능합니다.

※ 직원 기재란

검진 유형:







건강검진 문진표

★ 부분은 반드시 기재해주세요.

★ 수검자 성명		★ 주민등록번호	
★ 결과수령방법 (택1)	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 일반우편 <input type="checkbox"/> 카카오톡 <input type="checkbox"/> 전자메일 <small>※카카오톡은 본인명의로 핸드폰인증 후 열람이 가능합니다.</small>	★ 연락처	
		메일주소	
★ 결과 받을 주소			

국민건강보험공단 검진 항목 안내

대상자는 짝수년 출생자는 짝수년도, 홀수년 출생자는 홀수년도 입니다.

구분	검진대상	검진주기	검사방법
일반검진	직장가입자, 세대주인 지역가입자, 만 20세 이상 지역가입자 및 피부양자		
 위암	만 40세 이상 남/여	2년	위내시경 또는 위장조영검사
 간암	만 40세 이상 남/여 중 간암발생 고위험군 해당자	6개월	복부초음파검사+ 혈청알파태아단백검사
 대장암	만 50세 이상 남/여	1년	분변잠혈반응검사
 유방암	만 40세 이상 여성	2년	유방촬영
 자궁경부암	만 20세 이상 여성	2년	자궁경부세포검사
 폐암	만 54세~74세 고위험군 남/여	2년	저선량흉부CT, 사후상담

▣ 전년도 미수검항목 추가등록 방법

- 관할지사 또는 공단 고객센터(1577-1000)를 통해서 신청 가능합니다.
- 국민건강보험공단 어플을 통해서도 신청 가능합니다.
건강IN → 건강검진 → 전년도 미수검 검진항목 신청

검진 전 주의사항



대장약 복용법 안내



QR코드 또는 안내문을 참고해주세요.

▣ 문의 및 운영시간

- 043)221-5000 (콜센터), 043)540-6971~3
- 043)257-4006(fax)
- 평일(08:30~17:30), 토요일(08:30~12:30)

▣ 위치안내

- 충청북도 청주시 상당구 단재로 44.
효성병원건강검진센터(글로벌효성메디컬센터)



대중교통(버스)안내

- 금석교, 효성병원건강검진센터(앞)
111, 115, 211, 311, 212,
213, 214, 215, 216, 217,
313, 314, 315번
- 금석교, 효성병원건강검진센터(맞은편)
111, 115, 211, 311, 212,
213, 214, 215, 216, 313번

건강진단 공통문진표

※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
 ※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

★ 질환력(과거력, 가족력)	★ 음 주																																																																																																																			
<p>1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">진단</th> <th colspan="2">약물치료</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>이상지질혈증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>폐결핵</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td>뇌졸중(중풍)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>심근경색/협심증</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> <tr> <td>기타(암포함)</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모름</p>		진단		약물치료		뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<p>※ 지난 1년간</p> <p>7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답) ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번 ③ 1년에 ()번 ④ 술을 마시지 않는다.</p> <p>7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? ※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 CC 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술종류에 표기)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>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> <p>7-2. 하루동안 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까? ※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 CC 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술종류에 표기) ※ 폭음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>술 종류</th> <th>잔</th> <th>병</th> <th>캔</th> <th>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		약물치료																																																																																																																	
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																		
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																		
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																		
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																		
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요																																																																																																																		
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)																																																																																																																			
<p>4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요.) ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총 ___년</td> <td>하루평균 ___개비</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음</td> <td>총 ___년</td> <td>흡연했을 때 하루평균 ___개비</td> <td>끊은지 ___년</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적 있습니까? ① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요.) ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총 ___년</td> <td>하루평균 ___개비</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음</td> <td>총 ___년</td> <td>흡연했을 때 하루평균 ___개비</td> <td>끊은지 ___년</td> </tr> </tbody> </table> <p>6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 아니요 ② 예(☞ 6-1번 문항으로 가세요.)</p> <p>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</p>	① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비		② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루평균 ___개비	끊은지 ___년	① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비		② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루평균 ___개비	끊은지 ___년	<p>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</p> <p>8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? ----- 하루에 ()시간 ()분</p> <p>9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? ----- 주당 ()일 ※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오. ※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등</p> <p>9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? ----- 하루에 ()시간 ()분</p> <p>10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까? ----- 주당 ()일</p>																																																																																																			
① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비																																																																																																																		
② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루평균 ___개비	끊은지 ___년																																																																																																																	
① 현재 피움	총 ___년	하루평균 ___개비																																																																																																																		
② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음	총 ___년	흡연했을 때 하루평균 ___개비	끊은지 ___년																																																																																																																	

암검진 문진표

※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
 ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
 ※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

★ 암 검진(공통) 관련사항

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?
 ① 예 (증상: _____) ② 아니요
- 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?
 ① 아니요 ② 체중감소(____ kg)
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다(복수선택가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유방 암							
대장 암							
간 암							
자궁경부암							
폐 암							
기타()암							

- 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명	검사시기				
	10년이상 또는 한적없음	1년미만	1년이상 ~ 2년미만	2년이상 ~ 10년미만	
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈반응검사 (대변검사)				
	대장내시경				
자궁암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부 CT				
간암	간초음파	한적없음	6개월 이내	6개월~ 1년사이	1년보다 오래전에

- 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있습니까?

질 환 명	위궤양	위축성 위염	장상 피화생	위용증	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단받은 대장항문질환이 있습니까?

질 환 명	대장용종 (폴립)	궤양성 대장염	크론병	치질 치핵 치열	기타	없음
질환유무						

- 간(肝) 질환이 있습니까?

질 환 명	B형간염 바이러스 보유	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있습니까?

질 환 명	만성폐쇄성 폐질환 (만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

★ 여성만 (유방암 및 자궁경부암 관련문항)

- 월경을 언제 시작하셨습니다?

① ____ 세 ② 초경이 없었음

- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
 ③ 폐경 되었음 (폐경연령 : ____ 세)
 ④ 병력으로 월경하지 않음

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

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

- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

① 6개월 미만 ② 6개월 ~ 1년 미만
 ③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음

- 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)
 ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠음

- 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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



추가 문진표 (66세 이후 해당자만 기재해주세요)

66세 이후 2년마다 (인지기능장애 평가도구)

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	아니다	가끔(조금) 그렇다	자주(많이) 그렇다
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다.	0	1	2
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못한다.	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 못한다.	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)

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

※ 국민건강보험공단에 입력되는 사항이니 자세히 작성해 주십시오.
※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당되는 내용에 'V' 표시해 주십시오.
※ 검진대상자는 문진사항을 빠짐없이 작성해야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

구강검진 문진표

★ 부분은 반드시 기재해주세요.

★수검자성명		★연락처		★주민등록번호	
★결과받을 주소					

★(치과)병력과 증상	★구강위생관리
1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요 2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다 3. 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까? (예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등) ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다 4. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니요 5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요	8. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까? 하루 평균 () 회 9. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까? ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회) 10. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하였습니까? ① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다
	★불소이용
	11. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다
	★식습관
	12. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까? ① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상 13. 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예. 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까? ① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상
★흡연	
8. 담배를 피웁니까? ① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다	
◆ 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오 ◆	