

문진표

기본검진	1, 2 페이지
노인신체기능 정신건강검사 인지기능장애 *생활습관평가	3 페이지 4 페이지 5 페이지 ※ 별도페이지
암검진	1, 6, 7 페이지

상기 해당 페이지를 작성해주시면 됩니다.



명진단 영상의학과
내과/신경과/부인과/건강검진

건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택 핸드폰
주소	E-mail		건강검진 결과통보서 수령방법 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail

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

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

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)
 ② 예, 지금은 끊었음 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)
 ③ 예, 현재도 흡연 중 (☞ 4-2번 문항으로 가세요)

4-1. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총 ___년
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	___개비

4-2. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 ___년
평균 하루 몇 개비를 피우십니까?	___개비

5. 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)
 ② 아니오

5-1. 최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

음주

※ 지난 1년간

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
 ③ 1년에 ()번
 ④ 술을 마시지 않는다.

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동 (운동)

7-1. 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

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일

건강검진 추가 문진표

수검자성명		주민등록번호	
-------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시요.



노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.
아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예 ② 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

정신건강검사(우울증) 평가도구

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?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
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			

인지기능장애 평가도구

Korean Dementia Screening Questionnaire - 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		

※ 위암, 대장암, 간암 관련 문항

※ 해당되는 곳에 '○'표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질환명	대장용종(폴립)	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						

※ 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성분들만 응답해주세요.)

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 세 ② 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
- ③ 폐경 되었음 (폐경연령 : 만 세)

10. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

일반건강검진 결과기록지

성명		주민등록번호	- 1(2)*****		사업장명(기호)	
건강검진일	년 월 일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장			
구분	검사항목	결 과				
계측검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	몸무게		kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	
	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	체질량지수		kg/m ²	
	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정	청력(좌/우)		/ <input type="checkbox"/> 교정	
	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		mg/dL	
	총콜레스테롤	mg/dL	HDL-콜레스테롤		mg/dL	
	트리글리세라이드	mg/dL	LDL-콜레스테롤		mg/dL	
	혈청크레아티닌	mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)		mL/min/1.73m ²	
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)		U/L	
	감마지티피프(γ-GTP)	U/L				
흉부방사선검사		1.정상 2.사진불량(B) 3.비활동성(C) 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환(F) 9.순환기계 질환(F) 10.진단미정(G) 11.미촬영 12.유질환자				
B형간염검사	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			
노인신체기능검사	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/ 보행장애(①유 ②무)				
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태	(한 다리로 서기) 초	
골밀도검사	양방사선(말단)골밀도검사	① -1 이상	② -1 ~ -2.5	③ -2.5 이하		
	정량적전산화단층골밀도검사	① 120 초과	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			
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강검사(우울증)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상 (점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상 (점수 합산결과 20~27점)				
	인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점. 추가적인 진찰과 상담 필요) (* 점수산정기준 - ①아니다 : 0점, ②가끔(조금) 그렇다 : 1점, ③자주(많이) 그렇다 : 2점)				
노인기능평가(문진)		(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (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 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요				
노인신체기능검사		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하				
진찰 및 상담	과거병력	(진단) 1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】				
	가족력	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】				
	생활습관	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】		B형간염 (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름		
	의심질환		유질환			
생활습관 관리		기타				
판정	<input type="checkbox"/> 정상A					
	<input type="checkbox"/> 정상B	①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.난청 4.시력저하 5.기타_____)				
	<input type="checkbox"/> 일반 질환의심	①폐결핵 ②기타흉부질환 ③이상지질혈증 ④간장질환 ⑤신장질환 ⑥빈혈증 ⑦골다공증 ⑧기타질환()				
	<input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심	①고혈압 ②당뇨병				
	<input type="checkbox"/> 유질환자	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵				
검진일		검진(문진)의사		면허번호		
년 월 일		검진(판정)의사		의사명		
판정일				면허번호		
년 월 일		(서명)		(서명)		
년 월 일				(서명)		

※ 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

의료급여생애전환기검진 결과기록지

성명		주민등록번호	- 1(2)*****	사업장명(기호)	
건강검진일	년	월	일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장
구분	검사항목	결과			
계측검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	몸무게	kg <input type="checkbox"/> 본인 기재	
	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	체질량지수	kg/m ²	
	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정	청력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정	
노인신체기능검사	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/ 보행장애(①유 ②무)			
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태	(한 다리로 서기) 초
골밀도검사	양방사선(말단)골밀도검사	① -1 이상	② -1 ~ -2.5	③ -2.5 이하	
	정량적전산화단층골밀도검사	① 120 초과	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			
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강검사(우울증)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상 (점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상 (점수 합산결과 20~27점)			
	인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요) (* 점수산정기준 - ①아니다: 0점, ②가끔(조금) 그렇다: 1점, ③자주(많이) 그렇다: 2점)			
노인기능평가(문진)	(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (배뇨장애의집) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요				
노인신체기능검사	(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하				
진찰 및 상담	과거병력	(진단) 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 ⑧골다공증관리 ⑨기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.난청 4.시력저하 5.기타_____)			
	<input type="checkbox"/> 일반 질환의심	⑦골다공증 ⑧기타질환()			
	<input type="checkbox"/> 유질환자	①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵			
검진일	년	월	일	검진(문진)의사	면허번호
					의사명 (서명)
판정일	년	월	일	검진(판정)의사	면허번호
					의사명 (서명)

※ 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

위암 검진 결과 기록지

성 명		주민등록번호	-	연락처	
자격구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자			통보처	국가암 보건소 ()
주 소	우 - ,				

구분	검 사 항 목 (검사일/검사장소)	검 사 결 과				
위 암	위장조영검사 년 월 일 <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장	관독소견 ※ 최대 3개까지 기입	1. 이상소견없음 2. 위염 3. 위암의심 4. 조기위암 5. 진행위암 6. 양성 위궤양 7. 위용종 8. 위 점막하종양 9. 기타 <input type="checkbox"/> 식도/위 정맥류 <input type="checkbox"/> 식도염 <input type="checkbox"/> 식도 점막하종양 <input type="checkbox"/> 식도암 <input type="checkbox"/> 십이지장궤양 <input type="checkbox"/> 십이지장악성종양 <input type="checkbox"/> 십이지장점막하종양 <input type="checkbox"/> 직접기입()			
		병변위치 ※ 관독소견 번호를 위치에 따라 괄호에 최대 3개까지 기입	1-1. 위저부 () 1-2. 위체부 () 1-3. 위전정부 () 1-4. 위분문부 () 2-1. 소만 () 2-2. 대만 () 2-3. 전벽 () 2-4. 후벽 ()			
		관독의사	면허번호		의사명	
	위내시경검사 년 월 일 내원	관찰소견 ※ 최대 3개까지 기입	1. 이상소견없음 2-1. 위염 2-2. 위축성위염/장상피화생 3. 위암의심 4. 조기위암 5. 진행위암 6. 양성 위궤양 7-1. 위용종 7-2. 위선종 8. 위 점막하종양 9. 기타 <input type="checkbox"/> 식도/위 정맥류 <input type="checkbox"/> 식도염 <input type="checkbox"/> 식도 점막하종양 <input type="checkbox"/> 식도암 <input type="checkbox"/> 십이지장궤양 <input type="checkbox"/> 십이지장 악성종양 <input type="checkbox"/> 십이지장 점막하종양 <input type="checkbox"/> 직접기입()			
		병변위치 ※ 관찰소견 번호를 위치에 따라 괄호에 최대 3개까지 기입	1-1. 위저부 () 1-2. 위체부 () 1-3. 위전정부 () 1-4. 위분문부 () 2-1. 소만 () 2-2. 대만 () 2-3. 전벽 () 2-4. 후벽 ()			
		조직진단 ※ 결과통보 제외항목	1. 시행 2. 미시행			
	조직진단		검사 의사	면허번호	의사명	
	생검용 FORCEP <input type="checkbox"/> 재사용, <input type="checkbox"/> 1회용, <input type="checkbox"/> 미사용 <input type="checkbox"/> 1-3개 <input type="checkbox"/> 4-6개 <input type="checkbox"/> 7-9개 <input type="checkbox"/> 10-12개 <input type="checkbox"/> 13개 이상 ※ 조직진단 실시하지 않았을 경우 기입 불필요 ※ 조직진단 다수일 경우 가장 중한 진단기입	1. 이상소견없음 2-1. 위염 2-2. 위축성위염/장상피화생 3. 염증성 또는 증식성 병변 4. 저도선종 또는 이형성 5. 고도선종 또는 이형성 6. 암의심 7. 암 <input type="checkbox"/> 관상샘암종 (<input type="checkbox"/> 고분화, <input type="checkbox"/> 중분화, <input type="checkbox"/> 저분화) <input type="checkbox"/> 유두상샘암종 <input type="checkbox"/> 반지세포암종 <input type="checkbox"/> 위림프종(<input type="checkbox"/> 저도, <input type="checkbox"/> 고도) <input type="checkbox"/> 점액(샘)암종 <input type="checkbox"/> 샘편평상피암종 <input type="checkbox"/> 편평상피암종 <input type="checkbox"/> 소세포암종 <input type="checkbox"/> 미분화암종 <input type="checkbox"/> 신경내분비종양 <input type="checkbox"/> 직접기입() 8. 기타 <input type="checkbox"/> 위의 비상피성종양 <input type="checkbox"/> 식도염 <input type="checkbox"/> 식도 암종 <input type="checkbox"/> 식도 점막하종양 <input type="checkbox"/> 십이지장궤양 <input type="checkbox"/> 십이지장 암종 <input type="checkbox"/> 십이지장 점막하종양 <input type="checkbox"/> 직접기입()				
	병리진단 의사	면허번호		의사명		

	판 정 구 분 ※ 검사결과에 따라 판정구분이 다수일 경우 가장 중한 판정구분을 기입	권 고 사 항 ※ 판정구분에 따른 판정기준 기입 이외에 별도로 300자 이내로 기입			
판 정 및 권 고	1. 이상소견없음 또는 위염 2. 양성질환 3. 위암 의심 4. 위암 5. 기타 () <input type="checkbox"/> 기존 위암환자				
	결과통보일	년 월 일	판 정 의 사	면허번호	
	판 정 일	년 월 일		의 사 명	(서명)

간암 검진 결과 기록지

성 명	주민등록번호	-	연락처	
자격구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자		통보처	국가암 보건소 ()
주 소	우 - ,			

구분	검 사 항 목 (검사일/검사장소)	검 사 결 과		
간암	간초음파검사 년 월 일 <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장	검사소견	간실질	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 지방간 <input type="checkbox"/> 거친 에코 <input type="checkbox"/> 간경변
			간종괴	<input type="checkbox"/> 간낭종 <input type="checkbox"/> 1cm 미만 종괴 * 위치만 기입 <input type="checkbox"/> 1cm 이상 고형 종괴 * 각각의 크기와 위치를 모두 기입, 위치와 크기는 3개까지만 기입 ① 병변위치 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII ② 병변크기 ()cm, ()cm, ()cm
			기타	<input type="checkbox"/> 담관확장 <input type="checkbox"/> 간내담관 결석 <input type="checkbox"/> 복수 <input type="checkbox"/> 비장종대 <input type="checkbox"/> 간문맥 혹은 간정맥 혈전 <input type="checkbox"/> 담낭이상(직접 기술) <input type="checkbox"/> 기타(직접기술)
	검사의사	면허번호	의사명	
	혈청알파태아단백검사 년 월 일 <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장		<input type="checkbox"/> 정성법 1. 음성 2. 양성 <input type="checkbox"/> 정량법 1. 검사결과: () 2. 검사단위: <input type="checkbox"/> ng/ml <input type="checkbox"/> IU/ml 3. 검사기관 기준치: () 이하	

	판 정 구 분	권 고 사 항		
판정 및 권고	※ 검사결과에 따라 판정구분이 다수일 경우 가장 중한 판정구분을 기입 ※ 각주를 참조하여 판정	※ 판정구분에 따른 판정기준 기입 이외에 별도로 300자 이내로 기입		
	1. 간암 의심소견 없음 2. 추적검사 요망(3개월 이내) 3. 간암 의심(정밀 검사 요망) 4. 기타 <input type="checkbox"/> 기존 간암환자			
	※ 2. AFP 수치는 정상범위이나 1cm 미만의 새로운 고형종괴가 발견된 경우 또는 AFP 수치가 정상범위를 초과하지만 초음파상 간암 의심소견은 없는 경우 3. AFP 수치가 정상범위를 초과하고 1cm 미만의 고형종괴가 있는 경우, AFP 수치와 관련없이 1cm 이상 고형종괴, 간문맥 혹은 간정맥 혈전, 담관확장 중 하나라도 있는 경우 4. 상기에 해당되지 않고 발견된 기타 병변은 직접 기술함			
	결과통보일	년 월 일	면 허 번 호	
	판 정 일	년 월 일	판 정 의 사	의 사 명 (서명)

대장암 검진 결과 기록지

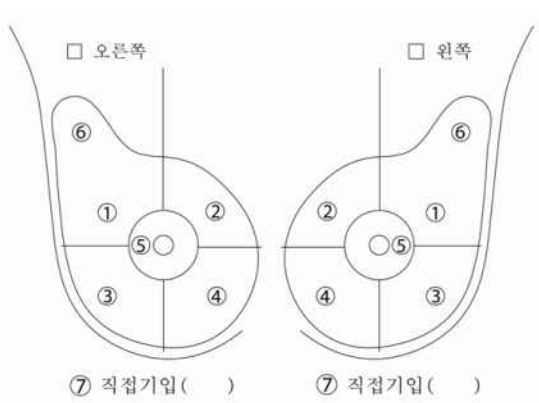
성명		주민등록번호	-	연락처	
자격구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자			통보처	국가암 보건소 ()
주소	우 - ,				

구분	검사항목 (검사일 및 검사장소)	검사결과			
대장암	분변잠혈검사 년 월 일 <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장	<input type="checkbox"/> 정상검사 : 1. 음성 2. 양성 <input type="checkbox"/> 정량검사 : 1. 음성 2. 양성 검사결과: (ng/ml) [참고치: (ng/ml 이하)]			
	대장이중 조영검사 년 월 일	관독소견 ※ 최대 3개까지 기입	1. 이상소견없음 2. 대장폴립 (크기: mm) 3. 대장암 의심 4. 대장암 5. 기타 <input type="checkbox"/> 치핵 <input type="checkbox"/> 비특이성 장염 <input type="checkbox"/> 허혈성 장염 <input type="checkbox"/> 궤양성 대장염 <input type="checkbox"/> 크론병 <input type="checkbox"/> 장결핵 <input type="checkbox"/> 대장 계실증 <input type="checkbox"/> 대장 점막하종양 <input type="checkbox"/> 림프구 증식 <input type="checkbox"/> 직접기입()		
	내원	병변위치 ※ 관독소견 번호를 위치에 따라 괄호에 최대 3개까지 기입	1. 회장 말단부 () 2. 맹장 () 3. 상행 결장 () 4. 간 만곡 () 5. 횡행 결장 () 6. 비 만곡 () 7. 하행 결장 () 8. 에스 결장 () 9. 직장 () 10. 항문 ()		
		관독의사	면허번호	의사명	
	대장 내시경검사 년 월 일 내원	맹장삽입여부 ※ 결과통보 제외항목	1. 유 2. 무		
		장정결도 ※ 결과통보 제외항목	1. 적절 2. 부적절		
		관찰소견 ※ 최대 3개까지 기입	1. 이상소견없음 2. 대장폴립 (크기: mm/절제처치 실시 미실시) 3. 대장암 의심 4. 대장암 5. 기타 <input type="checkbox"/> 치핵 <input type="checkbox"/> 비특이성 장염 <input type="checkbox"/> 허혈성 장염 <input type="checkbox"/> 궤양성 대장염 <input type="checkbox"/> 크론병 <input type="checkbox"/> 장결핵 <input type="checkbox"/> 대장 계실증 <input type="checkbox"/> 대장 점막하종양 <input type="checkbox"/> 림프구 증식 <input type="checkbox"/> 직접기입()		
		병변위치 ※ 관독소견 번호를 위치에 따라 괄호에 최대 3개까지 기입	1. 회장 말단부 () 2. 맹장 () 3. 상행 결장 () 4. 간 만곡 () 5. 횡행 결장 () 6. 비 만곡 () 7. 하행 결장 () 8. 에스 결장 () 9. 직장 () 10. 항문 ()		
		조직진단 ※ 결과통보 제외항목	1. 시행 2. 미시행		
		검사의사	면허번호	의사명	
조직진단 생검용 FORCEP <input type="checkbox"/> 재사용, <input type="checkbox"/> 1회용, <input type="checkbox"/> 미사용 <input type="checkbox"/> 1-3개 <input type="checkbox"/> 4-6개 <input type="checkbox"/> 7-9개 <input type="checkbox"/> 10-12개 <input type="checkbox"/> 13개 이상 ※ 조직진단 실시하지 않았을 경우 기입 불필요 ※ 조직진단 다수일 경우 가장 중한 진단기입	1. 이상소견없음 2. 염증성 또는 증식성 병변 3. 저도샘종 또는 이형성 4. 고도샘종 또는 이형성 5. 암의심 6. 암 <input type="checkbox"/> 샘암종 (□고분화, □중분화, □저분화) <input type="checkbox"/> 점액(샘)암종 <input type="checkbox"/> 반지세포암종 <input type="checkbox"/> 샘편평상피암종 <input type="checkbox"/> 편평상피암종 <input type="checkbox"/> 소세포암종 <input type="checkbox"/> 수질암종 <input type="checkbox"/> 미분화 암종 <input type="checkbox"/> 악성림프종 <input type="checkbox"/> 신경내분비종양(맹장과 직장의 1cm이하 종양제외) <input type="checkbox"/> 직접기입() 7. 기타 <input type="checkbox"/> 신경내분비종양 <input type="checkbox"/> 비상피성종양 <input type="checkbox"/> 항문암 <input type="checkbox"/> 말단회장부위 암 <input type="checkbox"/> 직접기입()				
	병리진단 의사	면허번호	의사명		

판정 및 권고	판정구분 ※ 검사결과에 따라 판정구분이 다수일 경우 가장 중한 판정구분을 기입	권고사항 ※ 판정구분에 따른 판정기준 기입 이외에 별도로 300자 이내로 기입			
	1. 잠혈반응 없음 2. 잠혈반응 있음 또는 1. 이상소견없음 2. 대장폴립(용종) 3. 대장암 의심 4. 대장암 5. 기타 () <input type="checkbox"/> 기존 대장암환자				
	결과통보일 년 월 일	판정 의사	면허번호		
	판정일 년 월 일		의사명	(서명)	

유방암 검진 결과 기록지

성 명		주민등록번호	-	연락처	
자격구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자			통보처	국가암 보건소 ()
주 소	우 - ,				

구분	검 사 항 목 (검사일/검사장소)	검 사 결 과				
유방암	유방촬영 년 월 일	유방실질 분포량 ※ 결과통보 제외항목	1. 25%미만 2. 25~50% 3. 51~75% 4. 76~100% 5. 유방실질내 인공물질 주입			
	내원 <input type="checkbox"/> 출장 <input type="checkbox"/>	판독소견 ※ 최대 3개까지 기입	1. 이상소견없음 2. 종괴 3. 양성석회화 4. 미세석회화 5. 구조 왜곡 6. 비대칭 7. 피부 이상 8. 임파선 비후 9. 판정곤란 10. 직접기입 ()			
	병변위치 ※ 판독소견 번호를 위치에 따라 괄호에 최대 3개까지 기입					
		<input type="checkbox"/> 오른쪽 ① 상외측 () ② 상내측 () ③ 하외측 () ④ 하내측 () ⑤ 유두하부 () ⑥ 액와부 ()	<input type="checkbox"/> 왼쪽 ① 상외측 () ② 상내측 () ③ 하외측 () ④ 하내측 () ⑤ 유두하부 () ⑥ 액와부 ()			
	판독의사	면허번호	의사명			

판정 및 권고	판 정 구 분 ※ 검사결과에 따라 판정구분이 다수일 경우 가장 중한 판정구분을 기입	권 고 사 항 ※ 판정구분에 따른 판정기준 기입 이외에 별도로 300자 이내로 기입			
	1. 이상소견없음 2. 양성질환 3. 유방암 의심 4. 판정유보 <input type="checkbox"/> 기존 유방암환자				
결과통보일	년 월 일	판 정 의 사	면 허 번 호		
판 정 일	년 월 일		의 사 명	(서명)	

자궁경부암 검진 결과 기록지

성 명		주민등록번호	-	연락처	
자격구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자			통보처	국가암 보건소 ()
주 소	우 - ,				

구분	검 사 항 목 (검사일/검사장소)	검 사 결 과				
자궁 경부암	자궁경부 세포검사 년 월 일 내원 <input type="checkbox"/> 출장 <input type="checkbox"/>	중복자궁	1. 해당없음 2. 해당			
		검체채취의사	<u>면허번호</u>		<u>의사명</u>	
		검체상태 ※ 결과통보 제외항목	1. 적절 2. 부적절			
		자궁경부 선상피 세포 ※ 결과통보 제외항목	1. 유 2. 무			
		유형별 진단 (세포진단)	1. 음성 2. 상피세포 이상 <input type="checkbox"/> 편평상피세포 이상 ① 비정형 편평상피세포 (<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 고위험) ② 저등급 편평상피내 병변 ③ 고등급 편평상피내 병변 ④ 침윤성 편평세포암종 <input type="checkbox"/> 선상피세포 이상 ① 비정형 선상피세포 (<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 종양성) ② 상피내 선암종 ③ 침윤성 선암종 3. 기타 (자궁내막세포 출현 등) ()			
		<input type="checkbox"/> 추가소견	1. 반응성 세포변화 2. 트리코모나스 3. 캔디다 4. 방선균 5. 헤르페스 바이러스 6. 질세균 분포 변화 7. 직접기입 ()			
		<u>병리진단의사</u>	<u>면허번호</u>		<u>의사명</u>	

관정 및 권고	관 정 구 분		권 고 사 항		
	※ 검사결과에 따라 관정구분이 다수일 경우 가장 중한 관정구분을 기입		※ 관정구분에 따른 관정기준 기입 이외에 별도로 300자 이내로 기입		
	1. 이상소견없음 2. 반응성 소견 및 감염성질환 3. <u>비정형 세포 이상</u> 4. 자궁경부암 <u>전구단계 의심</u> 5. 자궁경부암 <u>의심</u> 6. 기타 () <input type="checkbox"/> 기존 자궁경부암 환자				
결과통보일	년 월 일	<u>관 정 의 사</u>	면 허 번 호		
관 정 일	년 월 일		의 사 명	(서명)	

일반건강검진

암검진

검사 NO. _____

성 명 : _____

나이 : _____

검사항목		본인부담		검사확인	검사일 :					
1차 검진	흉부촬영	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무								
	혈액검사									
	신체계측 (신장, 체중, 청력, 시력, 혈압, 허리둘레)									
	소변검사(단백뇨)									
자궁암	자 궁 암	<input type="checkbox"/> 대상								
위 암	GFS	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 무								
유방암	유방촬영	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 무								
대장암	대 변	<input type="checkbox"/> 대상								
간 암	AFP,간초음파	상반기	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 무							
		하반기	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 무							
연령별 세부 검사항목	이상 지질혈증	B형간염	C형간염	골밀도	인지 기능 장애	정신 건강 검사	생활 습관 평가	노인 신체 기능	치면 세균막	
추가 검사	()초음파									
	원장님상담									
				최 종 확 인 자						