

202 년 월 일

대상	비대상	의급	흉부촬영 거부	골밀도 거부	소변거부	정밀혈액	골밀도	콜레스테롤	B형	C형	인지	조기정신	정신	생활	노인	편측 Rt	편측 Lt

성명	주민 번호		핸드폰 번호
결과지 수령주소			
사업장명	결과지 수령방법	☐ 우 편 - 서류 필요시 우편신청 ☐ PDF 다운로드 (알림톡 발송)	

※ 기재하신 내용은 공단에 등록 되오니 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.

● 질환력(과거력, 가족력)	● 흡연 및 전자담배																																																																																		
1. 본인은 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>진단 받으신 질환 체크해 주세요</th> <th colspan="2">현재 약 복용중</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>예</th> <th>아니오</th> </tr> <tr><td>뇌졸중(중풍)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>심근경색/협심증</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>고혈압</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>당뇨병</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>이상지질혈증</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>폐결핵</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>우울증</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>조기정신증</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C형간염</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>기타(암포함)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓으신 적이 있으십니까? (가족력) <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>예</th> <th>아니오</th> </tr> <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(암포함)</td><td></td><td></td></tr> </table> 3. B형간염 바이러스 보유자(보균자)입니까? ① 예 ② 아니요 ③ 모름	구 분	진단 받으신 질환 체크해 주세요	현재 약 복용중				예	아니오	뇌졸중(중풍)				심근경색/협심증				고혈압				당뇨병				이상지질혈증				폐결핵				우울증				조기정신증				C형간염				기타(암포함)				구 분	예	아니오	뇌졸중(중풍)			심근경색/협심증			고혈압			당뇨병			기타(암포함)			4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 일반담배(궤련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요) 4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까? <table border="1"> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총 년</td> <td>하루평균 개비</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총 년</td> <td>흡연했을 때 하루평균 개비</td> <td>끊은지 년</td> </tr> </table> 5. 지금까지 궤련형 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 궤련형 전자담배 (가열담배) 사용하십니까? <table border="1"> <tr> <td>① 현재 피움</td> <td>총 년</td> <td>하루평균 개비</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음</td> <td>총 년</td> <td>담배사용 했을 때 하루평균 개비</td> <td>끊은지 년</td> </tr> </table> 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	① 현재 피움	총 년	하루평균 개비		② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균 개비	끊은지 년	① 현재 피움	총 년	하루평균 개비		② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	담배사용 했을 때 하루평균 개비	끊은지 년
구 분	진단 받으신 질환 체크해 주세요	현재 약 복용중																																																																																	
		예	아니오																																																																																
뇌졸중(중풍)																																																																																			
심근경색/협심증																																																																																			
고혈압																																																																																			
당뇨병																																																																																			
이상지질혈증																																																																																			
폐결핵																																																																																			
우울증																																																																																			
조기정신증																																																																																			
C형간염																																																																																			
기타(암포함)																																																																																			
구 분	예	아니오																																																																																	
뇌졸중(중풍)																																																																																			
심근경색/협심증																																																																																			
고혈압																																																																																			
당뇨병																																																																																			
기타(암포함)																																																																																			
① 현재 피움	총 년	하루평균 개비																																																																																	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	흡연했을 때 하루평균 개비	끊은지 년																																																																																
① 현재 피움	총 년	하루평균 개비																																																																																	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 년	담배사용 했을 때 하루평균 개비	끊은지 년																																																																																

뒷면에 계속 작성해 주세요 →

작성 하지 마 세 요	과거 병력	질병명	무(없음)	1.뇌졸중	2.심장병	3.고혈압	4.당뇨병	5.이상지질혈증	6.폐결핵	7.기타(암포함)
		진단(발병)여부	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		약물치료 여부	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	가족력	1.무 2.유 【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】						B형간염	(바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름	
	생활습관	①금연필요 ②절주필요 ③신체활동필요 ④근력운동 필요						인지기능장애	☐ 없음(0~5점) ☐ 인지기능저하(6~30점)	
	정신건강검사	☐ 없음(0~4점) ☐ 가벼운(5~9점) ☐ 중간정도(10~19점) ☐ 심함(20~27점)						진료의사		
	키	cm ☐ 본인 기재		몸무게	kg ☐ 본인 기재		허리(복부)둘레	cm		
	체질량지수	kg/m ²		혈압 (최고/최저)			mmHg			
	시력(좌/우)	/ ☐ 교정		청력(좌/우)	☐ 교정 / ☐ 교정		☐ 측정불가			
	흉부방사선검사 촬영번호	1.정상 2.사진불량(B) 3.비활동성 7.폐결핵의증 8.비결핵성 질환(F) 9.순환기계 질환(F) 10.진단미정(G) 11.미촬영 12.유질환자 13.비활동성폐결핵								
노인신체검사 (만 66세, 70세, 80세)	하지기능 (일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)		초		평형성 (한다리로 서기)		눈감음			
		보행장애 (유 / 무)				눈 뜸				
골밀도검사 (만 54세, 66세) DXA ☐ -1 이상 ☐ -1 ~ -2.5 ☐ -2.5 이하										

● 등 주 (지단 1년간)

7. 지단 1년동안 총를 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개월 단위로)
 ① 1년동안 () 번
 ② 한 달에 () 번
 ③ 1년에 () 번
 ④ 총를 마시지 않는다.

7-1 & 7-2. 등주시 하루평균 등주량은 어느 정도입니까?

* 잔, 뽕, 캔, CC 중 **한곳만** 작성

* 총 중량은 모두 **합산되어** 응답에 등록됩니다.

7-1. 총를 마시는 빈도	등주량	7-2. 자주 마시는 빈도	등주량
소주	잔	소주	잔
맥주	잔	맥주	잔
양주	잔	양주	잔
마력리	잔	마력리	잔
와인	잔	와인	잔

A ● 인지기능장애 평가도구 (66세 이상)

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오. (동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인만 작성하십시오)

1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 2. 자기가 낯모름을 찾지 못 한다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 3. 같은 질문을 반복해서 한다
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 4. 약속을 하고서 잊어버린다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거리다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 8. 길을 찾거나 헤맨 적이 있다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다.
 (예 : 물건값이나 가스비를 계산할 수 없다)
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 10. 예전에 비해 성격이 변했다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 11. 이전에 봤 다른 단 기구의 사용이 서툴러졌다.
 (선풍기, 전가림틀, 경보기 등)
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 12. 예전에 비해 뱀이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

● 신체활동 (운동)

8-1 & 8-2. 주에 **한번** 차게 하는 **고강도 신체활동** (숫자로 답변)
 * 고강도 운동 예시 : 달리기, 에어로빅, 빠른 속도의 자전거, 간헐한 운동, 계단으로 물건 나르기 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?	하루 평균 몇 시간 하십니까?
☐ 3일 ☐ 2일 ☐ 1일 ☐ 없음 ☐ 매일 ☐ 6일 ☐ 5일 ☐ 4일	☐ 30분 ☐ 1시간 ☐ 2시간 ☐ 3시간 ☐ 4시간

9-1 & 9-2. 주에 **한번** 차게 만드는 **중강도 신체활동** (숫자로 답변)
 * 8번과 중복되는 활동은 제외하고 답변 해주세요.
 * 중강도 운동 예시 : 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도의 자전거, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?	하루 평균 몇 시간 하십니까?
☐ 3일 ☐ 2일 ☐ 1일 ☐ 없음 ☐ 매일 ☐ 6일 ☐ 5일 ☐ 4일	☐ 30분 ☐ 1시간 ☐ 2시간 ☐ 3시간 ☐ 4시간

10. 최근 1주일 동안 **근력 운동**을 한 번은 며칠입니까?
 * 근력운동 예시 : 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철물 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?
☐ 3일 ☐ 2일 ☐ 1일 ☐ 없음 ☐ 매일 ☐ 6일 ☐ 5일 ☐ 4일

13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 14. 혼자 대중교통을 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다.
 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외함)
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다
 15. 내복이나 옷이 더러워져도 세탁하지 않으려고 한다.
 ① 아니다 ② 가끔(조금) 그렇다 ③ 자주(많이) 그렇다

C ● 노인기능평가 관련문항 (66, 70, 80세)

1. 인를무언(복간) 예방접종을 매년 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?
 ① 예 ② 아니요
 3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.
 3-1. 음식을 조리할 때 난의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 3-2. 옷을 꿰어 입을 때 난의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 3-3. 대변을 보기위해 화장실 출입을 할 때 난의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 3-4. 목욕할 때 난의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 3-5. 식사 준비를 다들 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요
 3-6. 세탁, 옷, 병원, 관공서 등 걸어서 갈 수 있는 곳의 외출을 다들 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
 ① 예 ② 아니요

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니요
 5. 낙상에 관한 질문입니다. 주변을 보는데 장애가 있거나 주변을 지킬 능력이 있습니까?
 ① 예 ② 아니요

5. 배변장애에 관한 질문입니다. 주변을 보는데 장애가 있거나 주변을 지킬 능력이 있습니까?
 ① 예 ② 아니요

6. 배변장애에 관한 질문입니다. 주변을 보는데 장애가 있거나 주변을 지킬 능력이 있습니까?
 ① 예 ② 아니요

7. 배변장애에 관한 질문입니다. 주변을 보는데 장애가 있거나 주변을 지킬 능력이 있습니까?
 ① 예 ② 아니요