

# 암검진 문진표

202 \_\_\_\_ 년 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일

|             |             |     |                                                                            |
|-------------|-------------|-----|----------------------------------------------------------------------------|
| 성명          | 주민등록<br>번호  | 핸드폰 |                                                                            |
| 결과지<br>수령주소 | 결과지<br>수령방법 |     | <input type="checkbox"/> 우 편<br><input type="checkbox"/> PDF 다운로드 (알림톡 발송) |

※ 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.

- 현재 신체 어느 부위에는 불편한 증상이 있습니까?  
① 예(증상: \_\_\_\_\_) ② 아니오
- 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?  
① 아니오 ② 체중감소 (\_\_\_\_\_ kg)
- 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 |
| 위 암         |    |      |              |    |    |    |    |
| 유방암         |    |      |              |    |    |    |    |
| 대장암         |    |      |              |    |    |    |    |
| 간 암         |    |      |              |    |    |    |    |
| 자궁경부암       |    |      |              |    |    |    |    |
| 폐 암         |    |      |              |    |    |    |    |
| 기타 (_____암) |    |      |              |    |    |    |    |

- 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

| 검 사 명     |                      | 검 사 시 기               |        |               |                |
|-----------|----------------------|-----------------------|--------|---------------|----------------|
|           |                      | 10년 이상<br>또는<br>한적 없음 | 1년 미만  | 1년이상~<br>2년미만 | 2년이상~<br>10년미만 |
| 위 암       | 위장조영검사<br>(위장 X선 촬영) |                       |        |               |                |
|           | 위내시경                 |                       |        |               |                |
| 유방암       | 유방촬영                 |                       |        |               |                |
|           | 분변잠혈검사<br>(대변 검사)    |                       |        |               |                |
| 대장암       | 대장내시경                |                       |        |               |                |
|           | 자궁경부세포검사             |                       |        |               |                |
| 자 궁 경 부 암 | 자궁경부세포검사             |                       |        |               |                |
| 폐 암       | 흉부 CT                |                       |        |               |                |
| 간 암       | 간초음파                 | 한적 없음                 | 6개월 이내 | 6개월~<br>1년 사이 | 1년보다<br>오래전에   |
|           |                      |                       |        |               |                |

## ● 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항

※ 해당되는 곳에 '○' 표 해주십시오.

- 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있습니까?

| 질환명  | 위궤양 | 위축성<br>위염 | 장상피<br>화생 | 위용종 | 기타 | 없음 |
|------|-----|-----------|-----------|-----|----|----|
| 질환유무 |     |           |           |     |    |    |

- 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있습니까?

| 질환명  | 대장용종 | 궤양성<br>대장염 | 크론병 | 치질(치핵,<br>치열) | 기타 | 없음 |
|------|------|------------|-----|---------------|----|----|
| 질환유무 |      |            |     |               |    |    |

- 간(肝)질환이 있습니까?

| 질환명  | B형간염<br>바이러스<br>보유자 | 만성<br>B형간염 | 만성<br>C형간염 | 간경변 | 기타 | 없음 |
|------|---------------------|------------|------------|-----|----|----|
| 질환유무 |                     |            |            |     |    |    |

- 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있습니까?

| 질환명  | 만성폐쇄성<br>폐질환<br>(만성기관지염,<br>폐기종 등) | 폐결핵 | 폐결절 | 간질성<br>폐질환 | 진폐증 | 기타 | 없음 |
|------|------------------------------------|-----|-----|------------|-----|----|----|
| 질환유무 |                                    |     |     |            |     |    |    |

## ● 검진대상자만 응답해주세요.

- 월경을 언제 시작하셨습니다?

① \_\_\_\_세 ② 초경이 없었음

- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음  
③ 폐경되었음 (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  
② 2년 미만 복용 ③ 2년 이상~5년 미만 복용  
④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

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

- 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?  
(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

- 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

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

➡ 뒷장에 계속

|                                                   |                  |               |
|---------------------------------------------------|------------------|---------------|
| * 현재 임신가능성이 있거나 모방수정 중인 모든 임신 여성은 내시경 검사가 불가능합니다. |                  |               |
| 임신 가능 여부                                          | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
| 기타                                                | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
| 비밀                                                | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
| 검사 결과                                             | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
|                                                   | 현재 모방수정 여부       | (*) 여성만 해당    |
|                                                   | 현재 임신 가능성이 있습니까? | 현재 모방수정 중입니까? |
| ※ 해당되는 라에 ○ 표시 해주시요.                              |                  |               |