이 기록지는 귀하의 현 건강상태를 파악하고, 특정 질환의 가능성을 알아보는데 필요한 자료입니다. 또한 상담 및 결과 판정에 참고할 중요한 내용이 포함되어 있습니다. 응답하신 내용은 모두 비밀이 유지되며 다른 목적으로 사용되지 않습니다. 각 항목을 검토하신 후 정확하게 작성하여 주십시오.

**건 강 기 록 지**

**Health Questionnaire**

This questionnaire provides valuable data in understanding your current status of health and discerning what diseases are possible to occur. It includes important contents to be taken into consideration in discussing and diagnosing your results. All your answers will be kept confidential and not used for any other purposes. Please read each item carefully and answer as accurately as possible.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **수 진 일****Check-up Date** | 20 년 월 일 | **진찰권번호****Patient number** |  |
| **주민등록번호****Registration No.** | - | **성 명****Name** |  |
| **연 락 처****Contact info** | **전화, 핸드폰****Phone no.** | 주 연락처 Main contact:추가 연락처 Additional Contact:  |
| **e-mail** |  |
| **주 소****Address** | \* 우편이나 전화 결과 상담을 원하시는 경우 연락 가능한 주소와 연락처를 정확히 적어 주시기 바랍니다.\* If you wish to discuss your results via post or phone, please fill out your precise address and contact information for us to reach you. |

|  |
| --- |
| 건강검진 동기 (특별한 불편감이나 궁금하신 점이 있으면 기재해 주십시오.)**Reason for Health Check-up** (Be specific about discomforts or inquiries if you have any.) |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |



삼덕동 본원 (Samgdeok-dong, Main hospital)

전화/Phone : 053- 200-6060 팩스/Fax : 053- 200-6065

**Medical inquiry**

**건강검진 문진표**

**※ Please read the flowing questionnaires and describe your current status.**

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

**Medical history (Family history) /질환력(과거력, 가족력)**

1. Have you been diagnosed with or receiving medication for the following diseases?

다음과 같은 질병으로 진단 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **구분/Diseases** | **진단/Diagnosis** | **약물치료/Medication** |
| 뇌졸중(중풍) Cerebral Infarction (Stroke) | Yes | No | Yes | No |
| 심근경색/협심증 Myocardial Infarction/Angina | Yes | No | Yes | No |
| 고혈압 Hypertension | Yes | No | Yes | No |
| 당뇨병 Diabetes | Yes | No | Yes | No |
| 이상지질혈증 Dyslipidemia | Yes | No | Yes | No |
| 폐결핵 Tuberculosis | Yes | No | Yes | No |
| 기타(암포함) ETC (including cancer) | Yes | No | Yes | No |
| **수술여부****Operation** | Yes | No | **수술명****Name of operation**  |  |
| **북용중인 약물****(직접기입)****Name of medicine**  |  | **치료중인(받은) 질병****Disease under treatment (or treated before)** |  |

2. Did any of your **parents or siblings** **suffer or die** from any of the following diseases?

**부모, 형제, 자매** 중에 다음 질환을 **앓았거나** 해당 질환으로 **사망**한 경우가 있으십니까?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 뇌졸중(중풍) Cerebral Infarction (Stroke) | Yes | No |
| 심근경색/협심증 Myocardial infarction/Angina | Yes | No |
| 고혈압 Hypertension | Yes | No |
| 당뇨병 Diabetes | Yes | No |
| 기타(암포함) ETC (including cancer) | Yes | No |

3. Are you a carrier of the **hepatitis B virus**? ① Yes ② No ③ I don’t know

**B형 간염** 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름

**Smoking and electronic cigarette / 흡연 및 전자담배**

**4.** Have you smoked **more than a total of 5 packs (100 cigarettes) in your life**?

지금까지 평생 총 5갑(100개피) 이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

① No **(☞To question #5)** 아니오 (☞5 문항으로)

② Yes, but I have quitted **(☞To question #4-1)** 예, 지금은 끊었음 (☞4-1번 문항으로)

③ Yes, and I still smoke **(☞To question #4-2)** 예, 현재도 흡연 중 (☞4-2번 문항으로

**4-1.**  If you have **smoked in the past** but quitted at the moment:

과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

|  |  |
| --- | --- |
| How many years did you smoke before quitting?금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?  | years total 총( )년 |
| How many cigarettes did you smoke a day before quitting?금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? | cigarettes a day 하루 ( ) 개비 |

**4-2.** If you are **still smoking at the moment:**

**현재도 흡연**을 하신다면

|  |  |
| --- | --- |
| How many years have you been smoking? 몇 년째 담배를 피우고 계십니까? | years total 총( )년 |
| How many cigarettes do you smoke a day?평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? | cigarettes a day 하루 ( ) 개비 |

**5.** Have you ever used electronic cigarette? ① Yes **(☞ To question 5-1)** ② No

전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 예 (☞5-1 문항으로) ② 아니오

**5-1.** Have you ever used electronic cigarette in last 1 month?

①No ② 1-2time a month ③3-9dyas a month ④10-29days a month ⑤ everyday

최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

①아니오 ②월 1-2회 ③월 3-9일 ④월 10-29일 ⑤매일

**Drinking / 음주**

※**Last 1 year** 지난 1년간

**6.**  How often do you drink? (Choose 1 answer)

①( )times a week ② ( )times a month ③( )times a year ④ Not drinking

술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

①일주일에 ( )번 ②한 달에 ( )번 ③1년에 ( )번 ④술을 마시지 않는다.

**6-1.** When you drink**, how many glasses do you take a day**?

술을 마실 때 보통 **하루에 어느정도** 마십니까?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **술 종류 Type**  | **잔 Glass** | **병 Bottle** | **캔 Can** | **CC** |
| 소주 Soju |  |  |  |  |
| 맥주 Beer |  |  |  |  |
| 양주 Liquor |  |  |  |  |
| 막걸리 Makgolli (Rice wine) |  |  |  |  |
| 와인 Wine |  |  |  |  |

**6-2.** The day when you drink the most time, how many glasses did you drink?

술을 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도 입니까?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **술 종류 Type**  | **잔 Glass** | **병 Bottle** | **캔 Can** | **CC** |
| 소주 Soju |  |  |  |  |
| 맥주 Beer |  |  |  |  |
| 양주 Liquor |  |  |  |  |
| 막걸리 Makgolli (Rice wine) |  |  |  |  |
| 와인 Wine |  |  |  |  |

**Physical activities (Exercise) / 신체활동(운동)**

**7-1.** How many days per week have you performed extremely intense physical activities that make you out of breath? **‣( )days a week**

(e.g. running, aerobics, fast cycling, hiking, construction, etc.)

일주일 간 평균 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동을** 며칠 하십니까? ‣주당( )일

 - 고강도 신체운동의 예 : 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

**7-2.** How long per day do you perform extremely intense physical activities that make you out of breathe? **‣ ( )hour ( ) Minute a day**

하루에 평균 숨이 많이 차게 만드는 **고강도 신체활동을** 몇 시간 하십니까?

 ‣하루에 ( ) 시간 ( ) 분

**8-1.** How many days per week have you performed Moderately intense physical activities that make you out of breath? **‣( )days a week**

 (e.g. fast walking, tennis doubles, cycling, cleaning, etc. )

일주일 간 평균 숨이 약간 차게 만드는 **중강도 신체활동을** 며칠 하십니까? ‣주당( )일

중강도 신체운동의 예 : 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

**8-2.** How long per day have you performed Moderately intense physical activities that make you out of breath? **‣ ( )hour ( ) Minute a day**

하루 평균 숨이 약간 차기 만드는 **중강도 신체활동을** 몇 시간 하십니까?

 ‣하루에 ( ) 시간 ( ) 분

**9.** In last week, How many days have you performed weight training? **‣( )days a week**

최근 일주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

‣주당 ( ) 일

**Caffeinated Drinks (Coffee) / 카페인음료(커피) 관련 문항**

**10.** Please read the following questions and state **how many cups a day you have taken in average** **last week** for each beverage.

아래 문항을 읽고 해당되는 음료를 **최근 1주일간** 평균 **하루 몇 잔**을 마셨는지 작성하여 주십시오.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Brewed Coffee**(Hand Drip, Espresso, Americano, etc.)원두커피(핸드드립, 에스프레소, 아메리카노 등) | **Mixed Coffee**(Instant Coffee)믹스커피(1회용 커피) | **Green tea**녹차 | **Highly Caffeinated Drinks**(Canned coffee, Redbull, Hotsix, etc.)고카페인 음료(캔커피, 레드불, 핫식스 등) | **Others** 기타**( )** |
| 잔/하루Cups/day | 잔/하루 cups/day | 잔/하루 cups/day | 캔/하루cups/day | 잔/하루cups/day |

**Previous Health Check-ups / 이전 건강검진 관련 문항**

**11.** If you had health check-ups in the last 5 years, please fill out the following items.

최근 5년 이내 건강검진 받은 경험이 있으신 분이라면 아래 해당되는 검사 항목을 작성하여 주십시오.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **항목****Item** | **시행여부****Received** | **마지막 검사****Year of last examination** | **항목****Item** | **시행여부****Received** | **마지막 검사****Year of last examination** |
| General blood test기본 혈액검사 | □ | 년 | 폐 CTPulmonary CT | □ | 년 |
| Endoscopy 내시경 | 위내시경Gastroscopy | □ | 년 | 복부 CTAbdominal CT | □ | 년 |
| 대장내시경Colonoscopy | □ | 년 | 뇌 (두부) CTBrain (Cephalic) CT | □ | 년 |
| Ultrasonography초음파 | 복부Abdomen | □ | 년 | 뇌 MRIBrain MRI | □ | 년 |
| 갑상선Thyroid  | □ | 년 | 뇌 MRI + MRABrain MRI + MTRA | □ | 년 |
| 유방Breast | □ | 년 | 전신 PET/CT 검사Whole body PET/CT | □ | 년 |
| 경동맥Carotid | □ | 년 | 골밀도 검사Bone Densitometry  | □ | 년 |
| 심장Heart | □ | 년 | 기타Other ( ) | □ | 년 |

**Women’s health related questions (Only women answer,)**

**여성 건강 관련 문항 (\*여성분만 응답해 주십시오.)**

12. What is your menstrual status?

① Regular ② Irregular ③ Menopause (Monopausal period : age \_\_\_\_ )

④ Other (Hysterectomy, breastfeeding, contraception)

현재 월경 상태는 어떻습니까?

① 규칙적 ② 불규칙적 ③ 폐경 후 상태 (폐경 시기: 만 세) ④ 기타 (자궁적출술, 모유수유, 피임 중)

**Dental history and oral health perception questions**

**(치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항**

1. Have you visited a dentist in the last year?

지난 1년간 치과 병(의)원에 가신 적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

2. Do you have diabetes?

현재 당뇨병을 앓고 계십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No ③모르겠다 I don’t know

3. Do you have cardiovascular disease?

현재 심혈관질환을 앓고 계십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No ③모르겠다 I don’t know

4. In last 3 months, Have you ever experienced any discomfort during a meal because of gum or teeth, denture?

최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

5. In last 3 months, have your teeth throbbed painfully?

최근 3개월 동안, 치아가 쑤시거나 욱신거리거나 아픈 적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

6. In last 3 months, have your gum bleed or sore?

최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

7. How do you think about your dental health (Teeth, gum, etc)

① Very good ② Good ③So so ④Bad ⑤Very bad

스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?

① 매우좋음 ② 좋음 ③보통 ④나쁨 ⑤매우 나쁨

**Questions related to oral health habits (sugar intake, Oral hygiene, fluoride use, smoking)**

**구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용, 흡엽)관련 문항**

8. Have you ever learnt how to brush teeth at dental hospital or clinic?

치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

9. How many times did you brush your teeth yesterday? ( ) times

어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까? ‣( )회

10. In last week, how often have you brushed your teeth before go to bed?

①Always (7days) ②Usually (4-6days) ③Sometimes(1-3days) ④Never (0times)

최근 일주일 동안, 잠자기 전 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까?

①항상 했다(7일) ②대부분 했다(4-6)일 ③가끔했다(1-3일) ④전혀 하지 않았다(0회)

11. In last week, how often have you used dental floss or interspace brushes for brushing teeth?

①Always ②Usually ③Sometimes ④Never

⑤I don’t know what dental floss or interspace is.

최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?

①항상 했다 ②대부분 했다 ③가끔했다 ④전혀 하지 않았다

⑤치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다

12. Are you using fluoride toothpaste?

현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

13. How many times do you eat any sticky or sweet snacks, such as cracker, candy, cakes, etc. in a day?

①I don’t eat snack ② 1time ③2~3times ④Over 4 times ⑤I don’t know

하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?

①먹지 않음 ②1번 ③2~3번 ④4번 이상 ⑤모르겠다

14. How many times do you drink soda and soft drink (sports drink, electrolytic drink, fruit juice)?

①I don’t drink soda (soft drink) ②1time ③2~3times ④Over 4 times ⑤I don’t know

하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온음료, 과일주스 포함)을 얼마나 마십니까?

①먹지 않음 ②1번 ③2~3번 ④4번 이상 ⑤모르겠다

15. Do you smoke?

①I’ve never smoked before ②I am smoking now ③ I used to smoked, but now quit smoking

담배를 피우십니까?

①전혀 피운 적이 없다 ②현재 피우고 있다 ③이전에 피웠으나 끊었다

****(Dental) medical history and oral health perception question

**(치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항**

|  |
| --- |
|  |

**건강검진 추가 문진표**

**Additional checkup questionnaire**

**※Only relevant examinee fill out the form.**

**※추가 문진표는 해당 수검자만 작성해 주십시오.**

**Physical performance measures in the elderly (60s, 70s, 80s)**

**노인기능평가 관련 문항(60세, 70세, 80세 해당)**

**1.** Do you get influenza vaccination every year?

인플루엔자(독감)예방접종을 매년 하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**2.** Did you get vaccination for pneumonia?

페렴예방접종을 받으셨습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**3.** Following questions are about daily living skill. Please read the following questions and mark ‘O’ for the current situation

 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O표시를 해주십시오

**1)** Do you eat alone without any others’ help?

음식을 차려주면 다른 사람의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**2)** When you put on clothes, do you alone without help?

옷을 챙겨 입을 때 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**3)** When you relieve yourself, do you alone without help?

대소변을 보기위해 화장실을 출입할 때 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**4)** When you bath, do you alone without help?

목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**5)** Do you prepare your meals alone without help?

식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**6)** Can you go alone to the place which is in walkable distance without any help?

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

① 예 Yes ② 아니오 No

**4.** This is question about falls. Have you fallen in the past six months?

낙상에 대한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**5.** This is question about dysuria. Are there any troubles in urinating or have you wet yourself?

배뇨장애에 대한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

① 예 Yes ② 아니오 No

**Psychiatric examination (Depression) assessment ( 40, 60, 70 years old)**

**정신건강검사(우울증) 평가도구(만 40세, 60세, 70세)**

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 : PHG-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 위해서는 병원에서 진료를 받아 볼 것을 추천합니다.

During the past two weeks, how often have you suffered from the symptoms listed below?

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classification** **구분** | **Not at all** **전혀** **아니다** | **For few days****여러 날 동안** | **More than a week** **일주일이상** | **Almost everyday 거의 매일** |
| 1. No interest or fun in working일하는 것에 대한 흥미나 재미가 없음 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sinking feeling, depression, hopelessness 가라 앉는 느낌, 우울감, 절망감 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Difficulty in sleeping or wake up frequently, or sleep too much 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Tiredness, decreased energy 피곤함, 기력이 저하됨 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Lack of appetite or overeating식욕 저하 혹은 과식 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Feeling that I am a bad person, or feeling myself a failure, or feeling that I or my family feel unhappy because of me 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Difficulty in concentrating when reading newspapers or watching TV 신문을 읽거나 tv를 볼 때 집중하기 어려움 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. The behavior or speech is slow enough for others to notice, or on the contrary, too nervous and restless, 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Thoughts that it would be better for me to die or the thoughts of self-harming in any way 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로 자해하는 생각들 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **점 수 / Score** | /27 |