

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸(  )안에 진하고 정확하게 합니다. (예:  ,  ,  모두가능)

※ 건강대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

성 명		전화 번호	자 택		E - mail
주민번호		핸 드 폰			
주 소					

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부, 국립암센터 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까?  예  아니오

※ 예방접종 관련 문항

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?  예  아니오

※ 일상생활 수행능력 관련 문항

2. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 대항하는 답에 표시해 주십시오.

2-1. 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?  예  아니오

2-2. 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  예  아니오

2-3. 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  예  아니오

2-4. 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?  예  아니오

2-5. 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?  예  아니오

2-6. 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?  예  아니오

※ 기분상태 관련 문항

3. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 표시해 주십시오.

3-1. 요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?  예  아니오

3-2. 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?  예  아니오

3-3. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?  예  아니오

※ 낙상 및 배뇨장애 관련 문항

4. 낙상에 관련 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?  예  아니오

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