

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

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

성명				주민번호		
전화번호	핸드폰				E-mail	
주소						

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

**암 검진(공통) 관련 문항**

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

- 예(증상: )  
 아니오

2. 지난 6개월 간 특별한 이유없이 5kg 이상의 체중 감소가 있었습니까?

- 아니오  
 체중감소 (  5  6  7  8  9  10 kg )

3. 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
위암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 ( 암 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명	검사 시기				
	10년이상 또는 한적없음	1년 이내	1년이상 2년미만	2년이상 10년미만	
위암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	위내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	유방촬영	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	분변잠혈반응검사 (대변 검사)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장 내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	자궁경부세포검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	간초음파	한적없음	6개월 이내	6개월~1년사이	1년보다 오래전에
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**위암, 대장암, 간암 관련 문항**

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질환명	대장용종(폴립)	궤양성 대장염	크론병	치질(치핵,치열)	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 간질환이 있으십니까?

질환명	B형간염 바이러스보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성분들만 응답해주세요)

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

월경 시작 연령

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
만 _____ 세 일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

아직 월경이 있음

자궁적출술을 하였음

폐경 되었음

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
십단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
만 _____ 세 일단위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

호르몬 제제를 복용한 적 없음

2년 미만 복용

2년 이상~5년 미만 복용

5년 이상 복용

모르겠음

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

1명

2명이상

출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간 얼마나 됩니까?

6개월 미만

6개월~1년 미만

1년 이상

수유한적 없음

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

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

예

아니오

모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

피임약을 복용한 적 없음

1년 미만 복용

1년 이상 복용

모르겠음