

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

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

성명				생년월일			
전화번호			핸드폰			E-mail	
결과받을주소						건강검진 결과통보서 수령방법	
						<input type="checkbox"/> 모바일	<input type="checkbox"/> 우편

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? ☐ 모두 해당 없음

질병명	뇌졸중(중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	기타(암포함)
진단	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까? ☐ 모두 해당 없음

뇌졸중(중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	기타(암포함)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 직장인은 가족 중
뇌졸중, 심근경색, 협심증이 있는 경우
: 누가() 몇()세에 발병

3. B형간염 바이러스 보유자(보균자)입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 일반담배(궤련)를 피운 적이 있습니까?

☐ 아니오 (5번 문항으로) ☐ 예 (4-1번 문항으로)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

☐ 현재 피움

↳ 총()년, 하루평균()개비 → 흡연기간, 흡연량 표시

☐ 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

↳ 총()년, 하루평균()개비
끊은지()년 → 흡연기간, 흡연량, 끊은기간 표시

흡연 기간	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"/>
	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"/>
흡연 량	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"/>
	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"/>
끊은 기간	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"/>
	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"/>

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예: 아이코스, 글로, 릴 등)를 피운 적이 있습니까?

☐ 아니오 (6번 문항으로) ☐ 예 (5-1번 문항으로)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?

☐ 현재 피움

↳ 총()년, 하루평균()개비 → 흡연기간, 흡연량 표시

☐ 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

↳ 총()년, 하루평균()개비
끊은지()년 → 흡연기간, 흡연량, 끊은기간 표시

흡연 기간	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"/>
	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"/>
흡연 량	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"/>
	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"/>
끊은 기간	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"/>
	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"/>

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ☐ 아니오 (뒷면 7번 문항으로) ☐ 예 (6-1번 문항으로)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

☐ 아니오 ☐ 월 1~2일 ☐ 월 3~9일 ☐ 월 10~29일 ☐ 매일

음주 ※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는
어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ☐ 술을 마시지 않는다. (→ 8-1번 문항으로 가세요)
- ☐ 1주일에
- ☐ 한 달에
- ☐ 1년에

※ 횟수를 표시해 주세요.

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

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

※ 해당 술의 단위는 1개만 선택하여 숫자기입후 아래 OMR 표시해 주세요.
(술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

	[소주]	[맥주]	[양주]	[막걸리]	[와인]
	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 캔 <input type="checkbox"/> 병 <input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병
	십 일	천 백 십 일	십 일	십 일	십 일
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

※ 해당 술의 단위는 1개만 선택하여 숫자기입후 아래 OMR 표시해 주세요.
(술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

	[소주]	[맥주]	[양주]	[막걸리]	[와인]
	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 캔 <input type="checkbox"/> 병 <input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병	<input type="checkbox"/> 잔 <input type="checkbox"/> 병
	십 일	천 백 십 일	십 일	십 일	십 일
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

(예: 달리기, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에	1	2	3	4	5	6	시간	0	10	20	30	40	50	분
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? ※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외

(예: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기 등)

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

하루에	1	2	3	4	5	6	시간	0	10	20	30	40	50	분
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

☐ 없음 ☐ 1일 ☐ 2일 ☐ 3일 ☐ 4일 ☐ 5일 ☐ 6일 ☐ 7일