

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

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

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"/>
폐암	<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?

검 사 명		검사 시기			
		10년이상 또는 한적없음	1년이내	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"/>
	대장이중조영검사 (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"/>
자궁 경부암	자궁경부세포검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
폐암	흉부CT	<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, 폐암 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 **위장질환**이 있으십니까?

- ☐ 위궤양 ☐ 위축성 위염 ☐ 장상피화생 ☐ 위용종 ☐ 기타 ☐ 없음

6. 현재 또는 과거에 진단받은 **대장 항문질환**이 있으십니까?

- ☐ 대장용종(폴립) ☐ 궤양성 대장염 ☐ 크론병 ☐ 치질(치핵,치열) ☐ 기타 ☐ 없음

7. **간(肝)질환**이 있으십니까?

- ☐ B형간염 ☐ 만성 B형간염 ☐ 만성 C형간염 ☐ 간경변 ☐ 기타 ☐ 없음
 바이러스보유자

8. 현재 또는 과거에 진단받은 **폐질환**이 있으십니까?

- ☐ 만성폐쇄성폐질환 ☐ 폐결핵 ☐ 폐결절 ☐ 간질성폐질환 ☐ 진폐증 ☐ 기타 ☐ 없음
 (만성기관지염, 폐기종 등)

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

유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성분들만 응답해주세요)

9. 월경을 언제 시작하셨습니까?

☐ 월경 시작 연령

만 _____ 세

	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"/>
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

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

☐ 아직 월경이 있음 (11번 문항으로 가세요)

☐ 자궁적출술을 하였음 (11번 문항으로 가세요)

☐ 폐경 되었음

만 _____ 세

	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"/>
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"/>

11. 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

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니까?

☐ 1명

☐ 2명이상

☐ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간 얼마나 됩니까?

☐ 6개월 미만

☐ 6개월~1년 미만

☐ 1년 이상

☐ 수유한적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

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

☐ 예

☐ 아니오

☐ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

☐ 피임약을 복용한 적 없음

☐ 1년 미만 복용

☐ 1년 이상 복용

☐ 모르겠음