

예약시간(시 분)

진정	위		대장		본인부담	분변	M	P	간	BMD	종검	진료과	
	Bx		Bx									의뢰	회신
일반	CLO		PP										
	주사제		주사제										

일반검진, 의료급여생애전환기검진 결과기록지 내원 출장

성명	주민등록번호			-	사업장명(기호)
우편수령주소	E-mail				
	핸드폰				

신장	cm	체중	kg	체질량지수	kg/m ²	허리	cm	
시력(좌/우)	/	청력(좌/우)	①정상②비정상 / ①정상②비정상		혈압	/ mmHg		
노인신체 기능검사	하지기능	일어나3m권고 돌아와 앉기 초 / 보행장애(①유/②무)		평형성 (만66/70/80세)	눈감은 상태	(한다리로서기)	초	
		눈뜬 상태	(한다리로서기)		초			
요단백	1.음성(-)	2.약양성(±)	3.양성(+1)	4.양성(+2)	5.양성(+3)	6.양성(+4)		
혈액검사 (단, 콜레스테롤 (4종)검사는 남성은 만24세 이상 여성만 40세 이상에 대하여 4년마다)	AST(SGOT)		U/L		혈색소	g/dL		
	ALT(SGPT)		U/L		공복혈당	mg/dL		
	r-GTP		U/L		총 콜레스테롤	mg/dL		
	B 형 간 염	표면	일반	1.음성	2.양성	HDL-콜레스테롤	mg/dL	
		항원	정밀			트리글리세라이드	mg/dL	
		표면	일반	1.음성	2.양성	(LDL-콜레스테롤)	mg/dL	
항체		정밀			혈청크레아티닌	mg/dL		
검사결과		1.항체 있음 2.항체 없음 3.B형간염보유자의심 4.판정보류		GFR(신사구체여과율)				
촬영번호	흉부방사선 검사결과		1.정상 2.사진불량 3.비활동성(정상) 7.폐결핵의증 8.비결핵성질환 9.순환기계질환 10.진단미정 11.미촬영 12.유질환자 13.비활동성 폐결핵 골밀도검사(만54,66세) ①-1이상 ②-1~-2.5 ③-2.5이하 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 골감소증 <input type="checkbox"/> 골다공증					
	과거 병력	진단 약물	1.무 2.유 [①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)()]					
진찰 및 상담	가족력		1.무 2.유 [①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)]		B형간염	(바이러스부유) 1.예 2.아니오 3.모름		
	생활습관		① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요					
정신건강검사(우울증)		만20,30,40,50,60,70세		<input type="checkbox"/> 우울증상이 없음(0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상(5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증 의심(10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증 의심(20~27점)				
만66, 70, 80세	인지기능장애		<input type="checkbox"/> 특이소견없음(0~5점) <input type="checkbox"/> 인지기능 저하 의심(6~30점)					
	노인신체검사		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하					
	노인기능평가 (문진)		독감예방접종: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 폐렴예방접종: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 낙상위험-낙상경험여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 배뇨장애의심: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 일상생활수행능력: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요					
검진일자	년 월 일	문진 의사	면허번호		생활습관 판정 의사	면허번호		
검진기관	오산한국병원 (31100961)		의 사 명	서명		의 사 명	서명	

질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

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

	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)
 ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등을 피운적 있습니까?

- ① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요)
 ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오
 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

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

- ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

음주

※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
 ③ 1년에 ()번
 ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오
 (술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오
 (술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동(운동)

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

* 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

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

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오.
 * 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

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

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ()일