

* 문진표는 OMR로 처리되므로 구기거나 찢지 마시고, **붉은선 안에만 기재해 주십시오.**
 * 아래 사항을 읽고 해당번호 또는 항목이 있는 안에 V 또는 표시해 주십시오.

성명		생년월일	년	월	일	[바코드 붙이는곳]
전화 (핸드폰)		직장명 (부서)				
주소						

암검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 **현재 상태에** 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

- 현재 신체 어느 부위에든 **불편한 증상**이 있습니까?
 예 (증상: _____) 아니오
- 최근 6개월 간** 특별한 이유 없이 **5Kg 이상의 체중감소**가 있었습니까?
 아니오 체중감소 → 5kg 6kg 7kg 8kg 9kg 10kg이상 ()kg
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 **현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분**이 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"/>

- 귀하는 **다음의 검사**를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검 사 시 기			
		10년이상 또는 한적없음	1년 이내	1년이상 ~ 2년미만	2년이상 ~ 10년미만
위암	위장 X선 촬영 (위장조영검사)	<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"/>
	대장 X선 촬영 (대장이중조영검사)	<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"/>

※ 아래 사항을 읽고 해당번호 또는 항목이 있는 □ 안에 V 또는 ■ 표시해 주십시오.

위암, 대장암, 간암 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

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

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

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

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

- B형간염바이러스 보유자 □ 만성 B형간염 □ 만성 C형간염 □ 간경변 □ 기타 □ 없음

유방암 및 자궁경부암 관련 문항

- 여성 건강검진 대상자만 답하십시오.

8. 월경을 언제 시작하셨습니다가?

- 월경 했음 -> □ 초경이 없었음

Table with columns for '시작연령 만' (십단위, 일단위) and '세' (0-9).

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- 아직 월경이 있음 □ 자궁 적출술을 하였습니다 □ 폐경 되었음 ->

Table with columns for '폐경연령 만' (십단위, 일단위) and '세' (0-9).

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

- 호르몬 제제를 복용한 적 없음 □ 2년 미만 복용 □ 2년 이상 ~ 5년 미만 복용 □ 5년 이상 복용 □ 모르겠음

11. 자녀를 몇 명 출산 하셨습니다가? □ 1명 □ 2명 이상 □ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

- 6개월 미만 □ 6개월 ~ 1년 미만 □ 1년 이상 □ 수유한 적 없음

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

- 예 □ 아니오 □ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

- 없음 □ 1년 미만 복용 □ 1년 이상 복용 □ 모르겠음