1-1(앞면)

일반건강검진결과기록지

차트번호/접수번호	

성 명		주민번호		휴대폰	
여성분만작성	생리중이십니까 □예 □아니오		폐경유무 □예 □아니오		
검진일	202 년 월 일	사업장명(협력업체만)		사원번호(해당업체만)	
결과받을주소 선택해주세요	□ 모바일(핸드폰문자)	□ 이메일(아래주소기입)	□ 주소(아래주소기입)		
주소 또는 이메일					

가져야하는번호					
1번	1 기초검사실	키 □ 본인기재		cm	색신
		몸무게 □ 본인기재		kg	BMI
		허리둘레 □ 본인기재		cm	흉위
		청력검사	□정 상(40dB미만)	□좌 □우	□ 보청기착용 중
			□질환의심(40dB이상)	□좌 □우	
		시력(좌/우) □ 나안 □ 교정		□좌 □우	
		혈압검사		① / mmHg	② / mmHg
	노인신체기능검사 (만66.70.80세 해당)	하지기능(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기)		초	10초 이내 / 11-19초
		보 행 장 애		□무 □유 □측정불가	
		평형성	눈 뜬 상 태	(한다리로서기) 초	20초 이상 / 10-19초

검진장소	검진항목	확인	체크	검진장소/검진항목	확인
11번 11 영상의학접수 (출장시검진버스내) □⑪미촬영사유	흉부촬영NO:		3번	구강(치과)검사	
	요추촬영NO:				
	골밀도 □만54 □만60 □만66				
5번 5 진단검사의학	혈액검사		영상 흉부판독 소견 ① 정상 ② 사진불량 ⑦ 폐결핵 의증 ⑧ 비결핵성 질환 ⑨ 순환기계 질환 ⑩ 진단미정 ⑬비활동성 폐결핵		
	심전도검사				
	소변검사(단백뇨)	1. 음성 2. 약양성(±) 3. 양성(+1) 4. 양성(+2) 5. 양성(+3) 6. 양성(+4)			

4번 진찰 및 상담			
과거병력	진 단	□ 무 □ 유 [□ 뇌졸중 □ 심장병 □ 고혈압 □ 당뇨병 □ 이상지질혈증 □ 폐결핵 □기타 암포함]	
	약 물	□ 무 □ 유 [□ 뇌졸중 □ 심장병 □ 고혈압 □ 당뇨병 □ 이상지질혈증 □ 폐결핵 □기타 암포함]	
가 족 력		□ 무 □ 유 [□ 뇌졸중 □ 심장병 □ 고혈압 □ 당뇨병 □ 기타 암포함]	
B형간염 (바이러스 보유)		□ 무 □ 유 □ 모름	
생활습관		□ 금연필요 □ 절주필요 □ 신체활동필요 □ 근력운동필요	

판정일	검진(판정)의사	면허번호		검진(문진)의사	면허번호	
202 년 월 일		의사명	(서명)		의사명	(서명)

@검진의사와 판정의사가 다를경우만 판정의사 기입

필수확인서명) 당일 본원에서 국가 일반+구강검진(국민건강보험공단 검진 해당자) 수검에 동의하시면 본인 자필 서명 부탁드립니다 이중수검시 환수될수 있으니 올해 타기관에서 수검하신 경우나 수검여부를 잘 모르시는 분은 검진기관담당자에게 문의 바랍니다.
당일 검진실시에 동의하시면 서명부탁드립니다. 수검자(본인) (서명)

==국민건강증진센터추가검사 비급여동의서==

☐ 공단일반대상+혈액종합검진(120,000) ☐ 공단일반비대상+혈액종합검진(160,000)

* 건강검진시 추가하신 검사결과는 당일 진료과에서 설명하지 않습니다. 검사 결과는 2주 후 우편으로 발송되므로 당일 진료과 설명이 필요하신 분과 질환이 있어 추적 관찰중이신 분은 진료과 접수 및 예약 후 진행하시기 바랍니다.(검진과 별도 접수임)
* 당일 지하1층 건강검진센터에서 수납하신 비용은 건강진단의 목적으로 하는 검진비용으로 개인보험사 실비보험 적용이 되지 않을 확률이 많아 실비보험적용되지 않음에 대한 서명을 받고 있으며, 실비보험관련 제출서류(초진기록지등)가 발급 되지 않습니다. 이에 충분한 설명을 들었고 수검자 본인은 검진 진행에 동의함에 서명합니다

202 년 월 일 수검자 (서명)

정신건강검사 평가도구(PHQ-9) [모두작성하세요]

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우 (10점이상)에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?	전혀아니다(0)	여러날동안(1)	일주일이상(2)	거의매일(3)
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음				
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감				
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠				
4. 피곤함, 기력이 저하됨				
5. 식욕 저하 혹은 과식				
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌				
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움				
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림				
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들				
점 수(10점이상 유소견)	/ 총 27점			

건강검진 공통 문진표 [모두 작성해주세요]

수검자성명		주민등록번호		핸드폰	

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가(공단 제공 그래프) 결과를 통보 받으실 수 있으며 음주, 흡연, 운동 등 현재 자신의 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주시고 작성한 문진표는 심뇌혈관 질환 위험평가 그래프에 반영됩니다.

질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? **(본인질환만 적어주세요)**

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

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?**(직계가족 질환만 적어주세요)**

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
(@간염 예방접종으로 면역항체를 가지고 있는 경우 2번에 체크)

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)을 피우십니까?

①현재피움	총 년	하루평균 개비	
②과거에는피웠으나 현재 피우지않음	총 년	흡연했을 때 하루 평균 개비	끊은지 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배.예)아이코스, 글로,릴 등)을 사용한 적 있습니까?① 아니오 **(☞ 6번 문항으로 가세요)**
② 예 **(☞ 5-1번 문항으로 가세요)**

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?

①현재피움	총 년	하루평균 개비	
②과거에는피웠으나 현재 피우지않음	총 년	담배사용했을때 하루평균 개비	끊은지 년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?
① 예**(☞ 6-1번 문항으로 가세요)** ② 아니오

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(지난1년간)

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 cc중 한곳에만 작성해주십시오
(술종류는 복수응답가능,하루에 마신총양으로 합산,
기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루동안, 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?
잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳에만 작성해주십시오
(술종류는 복수응답가능,하루에 마신총양으로 합산,
기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)
@폭음:하루동안의 최대음주량으로 판단

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? ① 안한다 ② 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? ① 안한다 ② 주당 ( )일
*** 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.**
*** 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?
① 안한다 ② 주당 ( )일

2-2 <뒷면>

정신건강(조기정신증) 문진표
(만 20세부터 34세 2년마다 연령해당)

본 설문은 정신증 관련 경험을 스스로 알아보기 위한 것입니다. 일정 점수 이상일 경우, 증상의 원인을 파악하여 스트레스나 각종 정신건강 불편감에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정확한 진단을 위해서는 전문가의 심층 면담이 필요하므로 정신건강의학과 전문의의 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

각 항목에 대해 얼마나 자주 해당 사항을 경험하는지 답해주시고, 해당 경험이 있을 경우 얼마나 힘드셨는지 체크해 주십시오.

	빈도				고통			
	없음	가끔	자주	거의 항상	없음	조금	상당히	매우
1. 사람들이 당신에 대해 넌지시 말하거나, 숨겨진 의미로 어떤 말을 하는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 어떤 사람들이 겉으로 보이는 것과 다른 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 어떤 식으로든 당신이 괴롭힘 당하고 있는 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 당신을 둘러싼 음모가 있는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 당신의 외모 때문에 사람들이 당신을 이상하게 쳐다보는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 컴퓨터와 같은 전자 기기들이 당신이 생각하는 방식에 영향을 끼치는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 당신의 머릿속 생각들을 누군가 빼앗아 가고 있는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 당신의 머릿속 생각들이 자신의 것이 아닌 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 당신의 생각들이 너무나 생생해서 다른 사람들이 당신의 생각을 들을까 봐 걱정된 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 당신의 생각을 메아리처럼 들어본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 어떤 기운이나 힘이 당신을 통제하는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 가족이나 친구, 지인들과 똑같이 생긴 분신이 나타난 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 혼자 있을 때 어떤 음성을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 혼자 있을 때 어떤 사람들이 서로 말하는 것을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 다른 사람 눈에는 보이지 않는 어떤 사물이나, 사람, 혹은 동물을 본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
점 수	/45				/45			

건강검진 추가 문진표

노인기능평가관련문항-해당자만 작성하세요(만66,만70,만80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?
① 예 ② 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?
① 예 ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O표시를 해주십시오.

3-1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

3-2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

3-3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

3-4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

3-5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

3-6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?
① 예 ② 아니오

인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)-해당자만 작성(만66세부터 2년마다 연령 해당)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C:KDSQ-C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오. (동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다(1점)	자주(많이) 그렇다(2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다			
3. 같은 질문을 반복해서 한다			
4. 약속을 하고서 잊어버린다			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예 : 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다			
점 수(6점이상 유소견)	/ 30		

3-2(뒷면)

개인정보수집 및 이용동의서(병원용)

나사렛국제병원은 개인정보보호법 등 관련 법령상의 개인정보 보호 규정을 준수하며 환자의 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다. 개인정보보호법 제15조 및 같은 법 제22조에 근거하여, 다음과 같이 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 병력 및 가족력 등의 정보를 진료, 각종 증명서 발급, 요양급여비용 청구 등을 위한 목적으로 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적

병원업무와 의학정보 안내, 치료결과 추후 조사에 필요한 자료, 외부 수탁검사를 위한 자료, 진료비계산서, 검진 및 검사관련, 물품 발송, 병원소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 의사소통 경로로 이용, 새로운 서비스 및 행사정보 안내 제공

2. 수집하는 개인정보의 항목

■ 필수항목 :

① 성명, 주소, 연락처

② 진료의뢰 환자의 경우: 진료의뢰서를 작성한 의사에 한하여 우편, 팩스, 이메일 등의 방법을 통해 진료정보 조회 및 회신 하는 것에 동의함. (공개범위: 수진이력, 검사결과, 투약처방, 진료회신서, 경과회신서)

※ 진료의뢰기관 및 의료원내 타병원에 직접 진료기록 사본을 제출해야 하는 불편함이 있음을 참고하시기 바랍니다.

■ 선택항목 : 생년월일, 전화번호, 이메일주소, 관심정보

위 목적으로 발송되는 문자메시지(SMS) 또는 유선연락 수신에 동의합니다.

[모두 작성해주세요]

@ 개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

@ 문자메세지(SMS) 수신:

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

202 년 월 일

성명 : (서명)

⇨동의하지 않으시면 2차검진이나 긴급한 진료관련 전화나 문자를 드릴수가 없습니다. 잘 읽어보시고 동의함 또는 동의하지 않음에 체크 바랍니다.

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

의료법상의 진료기록부 보존기간(10년)과 동일하며 , 그 이후는 DB에서 삭제하고 있습니다.

4. 동의거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내

본인은 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우에는 긴급연락, 정보제공 등의 서비스를 받을 수 없습니다..

※ 동의 거부에 따른 불이익이 없을 경우, 작성 하지 않아도 됨.

일반(암) 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.
정보제공에 동의하는 검진종별에 '√' 하시기 바랍니다.

[ ] 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함)

- 일반건강검진 결과에서 **고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등이 의심되거나 질환이 있는 분들에게** 건강관리서비스*를 제공하기 위해 **국민건강보험공단(이하 '공단' 이라 한다)이 보건소에 해당 검진자료를 제공하고, 보건소는 공단에 건강관리서비스 내역을 제공하는 것**

  * 건강관리서비스 : 건강상담 · 교육 · 금연 · 절주 · 운동 · 영양 등

- 일반건강검진 결과에서 **폐결핵, C형 간염이 의심되거나 판정받은** 분들의 사후관리를 위해 **공단이 질병관리청 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것**

- 인지기능장애 검사결과에서 **인지기능 저하 의심으로 판정받은** 분들의 사후관리를 위해 **공단이 보건소 및 치매안심센터(중앙 및 광역 포함)에 해당 검진자료를 제공하는 것**

[ ] 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암)

- 암검진 결과에서 **이상소견이나, "암의심" 또는 "암" 판정을 받은** 경우에는 사후관리를 위해 공단이 **보건소 및 국립암센터에 해당 검진자료를 제공하는 것**

※ 귀하의 개인정보 및 고유 식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① **정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청, 공단, 치매안심센터**

② **개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능장애 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단결과서(舊 보건증) 발급 시 활용**

③ **제공하는 개인정보 항목**

구분	활용기관	개인정보 항목
■ **일반건강검진 결과**	공단 → 보건소	개인식별정보(*), 건강검진 결과, 문진표
- 흉부방사선 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표
- C형간염 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표
- 인지기능장애 검사 결과	공단 → 치매안심센터(중앙광역 포함)	개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
■ **암검진 결과**	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
■ **건강관리 서비스 내역**	보건소 → 공단	보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

* 개인식별정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등

④ **개인정보 보유 및 이용기간: 2년**

⑤ **귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 건강관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.**

동의함 [ ] 동의하지 않음 [ ]

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명 또는 인)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)	나사렛국제병원(31101011)			

5-2(뒷면)

정신건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는것입니다.

※ 일반건강검진 의료급여 생애전환기 검진 결과 중간 정도 이상 우울증 의심이거나 조기정신증 선별검사(CAPE-15) 결과 심층 상담이 필요한 분들에게 정신건강서비스를 제공하기 위해, 공단이 보건소, 보건복지부, 사회 보장정보원 및 정신건강복지센터에 해당 검사 결과 자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제 81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되어, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

○ 귀하의 개인정보를 검진기관으로부터 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터

② 개인정보제공 목적: 정신건강검사(PHQ-9,CAPE-15) 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- **(일반건강검진 정신건강검사 결과)** 공간 → 보건복지부, 사회보장정보원, 보건부, 정신건강복지센터

  * 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일등 개인식별정보, PHQ-9 및 CAPE-15 검사결과 및 문진표

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제 3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 사후관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다

동의함 [ ] 동의하지 않음 [ ]

년 월 일

동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	나사렛국제병원(31101011)

수검자명		주민등록번호		사업장명	

*일반 구강검진 문진표 [모두작성해주세요]

@ 치과)병력과 증상

1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요
2. 현재 **당뇨병**을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
3. 현재 **심혈관건강문제**를 겪고 계십니까?
   (예.고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등)
   ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다
4. **최근 3개월 동안**, 치아가 쑤시거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니요
5. **최근 3개월 동안**, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까?
   ① 예 ② 아니요

@ 구강건강 삶의 질과 인식

6. **최근 3개월 동안**, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
   ① 예 ② 아니요
7. 스스로 생각할 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각합니까?
   ① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다
   ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

@ 흡 연

8. 담배를 피웁니까? ① 전혀 피운 적이 없다
   ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

@ 구강위생관리

9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까?
   하루 평균 ( ) 회
10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까?
    ① 항상 했다 (7회) ② 대부분 했다 (4-6회)
    ③ 가끔 했다 (1-3회) ④ 전혀 하지 않았다 (0회)
11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?
    ① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다
    ④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다

@ 불소이용

12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
    ① 예 ② 아니요
    ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다

@ 식습관

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
    ① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
    ④ 3번 ⑤ 4번 이상
14. 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예 : 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까?
    ① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번
    ④ 3번 ⑤ 4번 이상

특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고싶은 말 자유롭게 쓰십시오

요양기관기호	31101011
검진기관명	(의)나사렛국제병원
건강진단/판정일	202 년 월 일
면허번호/치과의사	(서명)

일반 구강검진 결과 통보서

1Ⅰ생활습관 위험도는?

		현재	목표 건강신호등
구강위생관리	규칙적 칫솔질 치실,치간 칫솔 사용		하루 2회 이상 칫솔질 잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔사용하기
불소이용	불소치약 사용		불소치약 사용
설탕섭취	당 함유간식섭취 당 함유음료섭취		당이 함유된 간식, 음료 하루 총 3회 이하 섭취
흡연	흡연 여부		금연

2Ⅰ구강검진 결과는?

[문진평가] ● 치과방문력 [ ] 없음 [ ] 있음

● 만성질환 [ ] 없음 [ ] 있음

● 치아 통증 [ ] 없음 [ ] 있음

혹은 ●잇몸통증 출혈 [ ] 없음 [ ] 있음

[검사결과] ● 치아검사, 치아우식(충치) 검사

1.우식(충치)치아 [ ]없음 [ ]있음
2.우식(충치)의심치아 [ ]없음 [ ]있음
3.수복(때우거나 씌운)치아 [ ]없음 [ ]있음
4.상실치아 [ ]없음 [ ]있음

● 치주조직검사

1.치은 염증 [ ]없음 [ ]경증 [ ]중증
2.치석 [ ]없음 [ ]경증 [ ]중증

● 기타 이상 소견

3Ⅰ구강검진 종합 소견 ● 판정

[ ] 양호 [ ] 주의 [ ] 질환의심 [ ] 치료필요

구강질환이 확인(또는 의심)됩니다	다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다	다음 사항에 대한 생활습관 개선이 필요합니다

*아래의 검사의 경우 생애전환기 건강진단"만40세"만 해당됩니다.

결과 :[ ]우수 [ ]보통 [ ]개선요망

구분	관련질환	검사항목		판정
치면세균막검사	치아우식증(충치) 치주질환(잇몸병)	상악우치 제1대구치(16번) 세균막	( )점	양호(1점미만) 보통(1~3점미만) 불량(3점이상) *평균점수=각치면의 점수합/평가치아수
		상악우측중절치(11번) 세균막	( )점	
		상악좌측제1대구치(26번)세균막	( )점	
		하악좌측제1대구치(36번) 세균막	( )점	
		하악좌측중절치(31번)세균막	( )점	
		하악우측제1대구치(46번)세균막	( )점	
		평 균	( )점	

귀하의 구강검진 결과를 위와 같이 통보합니다.

본 구강검진 결과 통보서는 상급병원에서 요양급여(진료)가 필요하다는 구강검진 종합소견이 있는 경우 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음됩니다.