

1-1(앞면)

검진일자	차트번호	검체번호
성명	주민번호	휴대폰
여성분작성	생리중이십니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	폐경유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
결과받을주소 선택해주세요	<input type="checkbox"/> 모바일(핸드폰문자)	<input type="checkbox"/> 이메일(아래주소기입)
주소 또는 이메일	<input type="checkbox"/> 주소(아래주소기입)	
사업장명	부서명	암검진본인부담금( <input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 10%)
	사원번호	혈전용해제복용유무( <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 1주 중단)

장소	해당 검사항목	확인	검진장소	검진구분	해당 검사항목	확인	검진장소	
1번 기초 검사실	키 <input type="checkbox"/> 본인기재		cm	대장암	대변잠혈반응검사	<input type="checkbox"/> 통드림	4번직업환경 의학과	
	몸무게 <input type="checkbox"/> 본인기재		kg BMI			<input type="checkbox"/> 제 출		
	허리둘레 <input type="checkbox"/> 본인기재		cm	유방암	유방촬영(MAMMO-X-선)		11번 영상의학과	
	청력 검사	<input type="checkbox"/> 정상(40dB미만)	<input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우		폐 암	저선량 흉부CT		2층원무과 수납 후 산부인과진료
		<input type="checkbox"/> 질환의심(40dB이상) <input type="checkbox"/> 보청기착용중	<input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우		자궁경부암	자궁경부암-세포검사 산부인과 질초음파		
		시력검사 <input type="checkbox"/> 나안 <input type="checkbox"/> 교정	<input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우		초음파 추가	간암대상(간초음파+AFP) - 반드시 내시경전 실시		지하1층 초음파실 (19번)
	혈압검사 <input type="checkbox"/> 약물복용( <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무)	① mmHg ② mmHg		복부초음파(115,000) - 반드시 내시경전 실시				
노인 신체 기능	만66만70만80 해당 하지기능(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 보행장애 평형성-눈뜰상태	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 측정불가 (한다리로서기)	초	갑상선+유방초음파(150,000) 갑상선초음파(100,000) 유방초음파(120,000) 경동맥초음파(150,000)				
5번	소변검사		진단검사 의학과	위 암	위내시경-비수면		11층 내시경실	
	혈액검사				위내시경 -수면			
11번	흉부촬영(chest)		영상의학과	대장 내시경	위+대장(외래수면)			
	골밀도 <input type="checkbox"/> 만54 <input type="checkbox"/> 만60 <input type="checkbox"/> 만66				대장내시경(수면/비수면)			
3번	구강검사		치과	조직 검사	위조직검사			
4번	의사상담 및 문진		직업환경의학과		대장조직검사			
추가검사				10층 종합 검진실	공단패키지(종합검진실10층 검진및수납) <input type="checkbox"/> 복부초음파 <input type="checkbox"/> 갑상선초음파 <input type="checkbox"/> 경동맥초음파 <input type="checkbox"/> 전립선초음파 <input type="checkbox"/> 골반초음파 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 대장내시경 <input type="checkbox"/> 혈액종합			

아래 당일 공단 해당항목중 수검을 희망하지않는 항목에 체크하시고동의 서명바랍니다. \_\_\_\_\_ (서명)

일반검진 구강검진  위내시경 대변검사 유방촬영 자궁경부암 간암  폐암

\* 국가검진은 올해 해당항목에 대해 1회만 수검하셔야만 하며 해당회차를 초과하여 수검시 환수대상이니

타기관에서 수검하셨을 경우에는 불이익을 있을수 있으니 반드시검진기관담당자에게 말씀하여 주시기 바랍니다.



2-1(앞면)

정신건강검사 평구도구 [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			

의사 진찰 및 상담

진찰 및 상담	과거 병력	진 단	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [ <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]												
		약 물	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [ <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]												
	가 족 력		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 [ <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기타 암포함]												
	B형간염 (바이러스 보유)		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 모름												
	생활습관		<input type="checkbox"/> 금연필요		<input type="checkbox"/> 절주필요		<input type="checkbox"/> 신체활동필요		<input type="checkbox"/> 근력운동필요						
판정일		검진(판정) 의사		면허번호		검진일		검진(문진) 의사		면허번호					
년 월 일		의사명		(서명)		년 월 일		의사명		(서명)					
요양기관기호				31101011				검진기관명				나사렛국제병원			

@검진 의사와 판정의사가 다를 경우 판정의사 기입

## 건강검진 추가 문진표

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

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O표시를 해주십시오.<br/>                 3-1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3-3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3-5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> | <p>2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3-2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3-4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>3-6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> <p>5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?<br/>                 ① 예                      ② 아니오</p> |
|---|--|

## 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			
<b>점 수(6점이상 유소견)</b>	<b>/ 30</b>		

# 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.

## 1. 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)

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

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?  
 ① 예      ② 아니오      ③ 모름  
 (@간염 예방접종으로 면역항체를 가지고 있는 경우 2번에 체크)

## 2. 흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(굴련)를 피운 적이 있습니까? ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)  
 ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(굴련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 개비 끊은지 _____ 년

5. 지금까지 궤련형 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 궤련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	담배 사용했을 때 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

## 3. 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 작성해주시시오  
 (술종류는 복수응답가능, 하루에 마신총량으로 합산, 기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)

술종류	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 작성해주시시오

(술종류는 복수응답가능, 하루에 마신총량으로 합산, 기타술종류는 비슷한 술종류에 표기)  
 @ 폭음: 하루동안의 최대음주량으로 판단

술종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

## 4. 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 답해주시시오.

\* 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

## 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 힘들었는지 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			

# 암 검진 문진표 (모두작성해주세요)

수검자성명	주민등록번호	핸드폰	
-------	--------	-----	--

\*귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강관련 정보 및 사업안내를 매일 또는 우편 등으로 받아 보시는 것에 동의하십니까? 예  아니오

※ 상해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 환수됩니다.

## 암검진(공통) 관련 문항(모두작성)

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?  
 ① 예 (증상: \_\_\_\_\_) ② 아니오
- 최근 6개월간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?  
 ① 아니오 ② 체중감소(                      Kg )
- 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다(복수선택가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 (                      암)							

- 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검사명		검사시기			
		10년 이상 또는 한적없음	1년 미만	1년 이상 ~ 2년 미만	2년 이상 ~ 10년 미만
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐 암	흉부CT				
간 암	간 초음파	한적없음	6개월 이내	6개월~ 1년이내	1년보다 오래전에

## 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항(모두작성)

5~8번 질문에 해당되는 곳에 'V'표 해주십시오.

- 현재 또는 과거에 진단 받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성위염	장상피화생	위음종	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단 받은 대장 항문질환이 있으십니까?

질환명	대장양종	궤양성 대장염	크론병	치질 (치핵, 치열)	기타	없음
질환유무						

- 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 소염	만성B형 간염	만성C형 간염	간경변	기타	없음
질환유무						

- 현재 또는 과거에 진단 받은 폐질환이 있으십니까?

질환명	만성특색성폐질환(만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

## 여성분만 모두 작성해주세요

- 월경을 언제 시작하셨습니다?  
 ① \_\_\_\_\_ 세 ② 초경이 없었음
- 현재 월경의 상태는 어떠십니까?  
 ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음  
 ③ 폐경되었음(폐경 연령: \_\_\_\_\_ 세)  
 ④ 병력으로 월경하지 않음
- 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계십니까 과거에 복용하신 적이 있으십니까?  
 ① 호르몬 제제를 복용한적 없음 ② 2년 미만 복용  
 ③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음
- 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?  
 ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음
- 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?  
 ① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상  
 ④ 수유한적 없음
- 과거 유방에 양성 증양으로 진단 받은 적이 있으십니까?  
 (양성증양이란 악성증양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등)  
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음
- 피임약을 복용하고 계거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?  
 ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용  
 ③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음





## 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
<b>■ 일반건강검진 결과</b> - 흉부방사선 검사 결과 - C형간염 검사 결과 - 인지기능장애 검사 결과	공단 → 보건소 공단 → 질병관리청(보건소) 공단 → 질병관리청(보건소) 공단 → 치매안심센터(중앙광역 포함)	개인식별정보 <sup>(*)</sup> , 건강검진 결과, 문진표 개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표 개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표 개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
<b>■ 암검진 결과</b>	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
<b>■ 건강관리 서비스 내역</b>	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
동일자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명 또는 인)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)		나사렛국제병원(31101011)		

## 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, 사회보장정보원 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

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

## 위(비수면,수면), 대장 내시경(비수면, 수면) 유의사항 및 동의서

고혈압: 유/무    당뇨병: 유/무    심혈관질환: 유/무    호흡기질환: 유/무    간염: 유/무    전립선비대: 유/무

기타 : \_\_\_\_\_

### <위내시경 목적과 효과>

내시경을 통하여 식도, 위, 십이지장 점막을 눈으로 직접 관찰하고 염증, 궤양, 용종, 암 등의 질환을 진단하는 검사입니다

왼쪽으로 누운 상태에서 내시경을 입을 통해 식도로 삽입하여 위와 십이지장 까지 관찰하면서 병변이 발생하는 등 필요한 경우 조직검사를 함께 진행합니다

### <조직검사>

식도, 위, 십이지장 등에서 발생하는 여러 소화관 질환의 정확한 진단, 염증의 활동도, 치료효과의 판정 등을 위해 시행합니다. 위내시경을 통한 조직검사는 내시경 검사를 받는 동안 위내부에 병변이 관찰되는 경우, 내시경관 내부의 작은 통로를 통해 조직검사를 위한 검자가 삽입된 후 검자를 이용하여 직접 조직을 채취하는 과정입니다

### <일반 위내시경>

의식이 있는 상태로 인두부 국소마취 후 검사자의 협조 하에 검사가 이루어지며 검사시간은 보통 5분정도 걸립니다. 목 부위 국소마취로 인해 검사 후 2시간 정도 금식이 필요합니다.

### <수면 위내시경>

수면 유도 주사제를 혈관으로 투입하여 수면상태에서 검사를 진행합니다.

개인에 따라 적정량의 약제를 사용하였어도 수면이나 적절한 정도의 진정상태가 이루어 지지 않은 경우 환자의 협조도가 낮아져 검사가 어려워지는 수도 있습니다.

검사 소요 시간은 회복시간까지 20분~1시간 정도이고 개인마다 차이가 있을 수 있습니다

### <수면 대장내시경>

대장내시경 검사는 항문을 통해 내시경을 삽입하여 대장암, 용종(폴립), 각종 염증 등의 병변을 진단하고 필요시 치료적 시술까지 할 수 있는 검사입니다.

1. 내시경 삽입 전 대장운동 억제 및 복통경감을 위한 약물을 주사하게 됩니다.
2. 검사시간은 약 15분~30분 정도이나 병변유무나 환자에 따라 다소 시간이 길어질 수 있습니다.
3. 자세한 관찰을 위해 대장내로 공기를 주입하므로 복부 팽만감, 불편감, 간헐적인 복통 등이 발생할 수 있으나 검사 후 수 시간 내에 자연 소실됩니다.
4. 드물게 출혈, 천공, 감염, 호흡장애, 혈압의 급격한 변화 등의 합병증이 있을 수 있습니다.
5. 드물게 일부 환자에게는 대장의 심한 유동성, 복부 수술이나 복막염 등으로 인한 장 유착으로 전 대장 관찰이 불가능한 경우가 있으며 이런 경우라도 검사비용을 환불되지는 않습니다.
6. 장 준비가 충분히 안될 경우에는 검사가 불가능하며 다른 날로 검사가 연기될 수 있습니다.

### <부작용 및 주의사항>

1. 호흡곤란, 저산소증과 맥박이 빨라지는 등의 심혈관계 합병증이 발생 될 수 있고, 혈압강화, 혈관부종, 과민반응으로 인한 응급조치가 필요하실 수 있습니다.
2. 흔들리는 치아가 있으신 분은 입을 많이 움직여서 검사 후 이가 더 흔들거리거나 심한 경우는 빠질 수도 있습니다.

6-2(뒷면)

- 3. 간, 심장, 폐, 신장, 혈액질환, 고혈압, 당뇨병 등 각종 병력이 있을 경우 검사가 진행되지 않을 수 있습니다.  
(검사 전 주치의와 상담 후 검사 여부 확인하시기 바랍니다)
- 4. 검사 후 조직검사 시 드물지만 조직을 채취하는 과정에서 병변을 지속적인 출혈 또는 점막손상, 심한 경우에는 천공이 발생할 수 있습니다 출혈이나 천공이 있을 경우 지혈제의 도포 또는 주입, 클립을 이용한 지혈을 시행할수 있으며 목에서 소량의 혈액이 묻어 나올 수 있지만 대개는 일시적이며, 만약 출혈이 지속된다면 내시경실(899-9509)로 연락주시기 바랍니다.
- 5. 귀가 후 혈변이나 흑색변이 있을 경우 병원 상담 및 진료바랍니다.
- 6. 검사 도중 필요에 따라 **조직검사** 및 헬리코박티 검사를 시행할 수 있고 용종 절제술과 조직검사를 진행할 경우 추가 비용 발생될 수 있습니다.  
또한 용종이 크거나 다량의 용종을 제거할 경우에는 입원하여 관찰이 필요한 경우가 있습니다.
- 7. 항응고제(예: 쿠마딘, 와파린), 항혈소판제 (예: 아스피린, 아스트릭스, 티클리드, 플라빅스등) 투약 중인 경우에는 약의 중단여부에 대해 반드시 담당의사와 상의하셔야 합니다.
- 8. 수술(시술, 검사)과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술, 검사)방법이 변경되거나 수술범위가 추가 될 수 있습니다. 이에 따라 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우 수술(시술, 검사)을 시행하기 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻기도 합니다.
- 9. 의식하 진정 후에는 완전한 회복을 위하여 충분한 안정이 필요하며, 검사 당일에는 운전을 하지 말아야 하고 중요한 약속이나 업무는 피해야 합니다.

설명의사 : \_\_\_\_\_ (서명 또는 날인)

본인은 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)의 목적 및 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증에 대한 설명 (필요 시 별지 포함)을 의사로부터 들었으며, 본 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 인해 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전설명으로 충분히 이해 하며

수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)에 협력할 것을 서약하고 본 동의서 제1조의 '환자의 현재 상태'에 대해 성실히 고지하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)을 하는데 동의합니다.  
202    년    월    일

환자명: \_\_\_\_\_ (서명) 또는 (대리인: \_\_\_\_\_ 서명 및 날인)  
생년월일 : \_\_\_\_\_ 휴대폰(전화) 번호 : \_\_\_\_\_ 등록번호: \_\_\_\_\_  
주소 :

===혈전용해제 복용중으로 7일 중단하지 못했으나 위내시경검사 원하시는 분만 작성해주세요

\*혈전용해제를 복용중이시나 당일 위내시경 진행 원하시며, 이상시 조직검사를 진행하지 않겠습니다. 조직검사까지 공단에서 지원하나 추후 내과 방문 하여 개인비용부담으로 위내시경을 다시 진행하여 조직검사를 진행 할수도 있다는 것을 안내받았습니다. 계속 진행 원하시면 본인서명 후 진행 하겠습니다

**본인서명** \_\_\_\_\_ (서명)

- \*대리인이 서명하게 된 사유 (□란에 v 체크 해주세요)
- 환자의 신체, 정신적 장애로 인해 약정 내용에 대해 이해하지 못함.
- 미성년자로서 약정내용에 대하여 이해하지 못함.
- 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함.
- 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함.  
( 이 경우 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 합니다)
- 기타 \_\_\_\_\_



# 의식하 진정 마취 동의서 <수면>

등록번호 : \_\_\_\_\_ 이름 : \_\_\_\_\_ 성별 / 나이 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 진 단 명 : \_\_\_\_\_  
 수술(시술)명: 의식하 진정 마취

\* 환자상태 및 특이사항 (환자측으로 부터 고지 받은 사항)

<input type="checkbox"/> 해당 없음	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 당뇨병
<input type="checkbox"/> 광영·광기능 저하	<input type="checkbox"/> 심장전 기능 장애등	<input type="checkbox"/> 알약·응고 장애
<input type="checkbox"/> 부정맥	<input type="checkbox"/> 약물 복용중	<input type="checkbox"/> 천식
<input type="checkbox"/> 목어 세균	<input type="checkbox"/> 기타 질병가능 이상	<input type="checkbox"/> 알기
<input type="checkbox"/> 특이사항 없음	<input type="checkbox"/> 기타	

### 1. 의식하 진정 마취의 목적 및 필요성

의식하 진정마취는 수술(시술) 시 환자의 불안감과 불명감을 해소하기 위해 수면을 유도하는 약제를 주사하여 어느 정도의 수면 및 진정상태를 유도하는 마취입니다. 시간이 오래 걸리거나 많은 간단한 수술(시술)을 하기에는 안전하고 간편한 마취 방법입니다.

### 2. 의식하 진정 마취의 과정과 방법

수술(시술) 준비를 완료한 후 의문을 정맥주사하고 수면이나 진정 상태가 되면 수술(시술)을 시행합니다. 수술(시술)이 길어지면 추가적인 용량이 필요할 수 있으며 수술(시술) 중에는 팔스톡시미터를 통해 환자의 호흡과 맥박을 계속해서 모니터링 합니다.

### 3. 의식하 진정마취와 관련하여 발생 가능한 문제점

사람에 따라서는 적정량의 약제를 사용하였어도 수면이나 적절한 진정상태에 도달하지 못하거나, 오히려 현사의 현조가 되지 않아 술사 지체가 어려울 진 수 있습니다. 의식하 진정 마취 후에 수면효과가 일정시간 지속될 수 있으므로 완전한 회복을 위하여 안정이 필요하며, 검사 당일에는 운전이나 집중력을 요하는 업무는 피해야 합니다. 특히 귀가 시 안전사고를 예방하기 위하여 반드시 보호자의 동반하셔야 합니다.

### 4. 의식하 진정 마취의 합병증, 후유증

호흡곤란 및 저산소증과 같은 호흡기 합병증, 맥박이 빨라지는 등의 심혈관계 합병증이나 낙상 등이 발생할 수 있습니다. 특히 드물게 호흡이나 심장이 정지되어 생명을 위한 환는 경우가 발생하기도 하며, 약제에 대한 과민반응으로 동공축치가 필요한 경우도 발생 할 수도 있습니다.

### 5. 의식하 진정 마취외 다른 방법

전신마취나 경막외 마취와 같은 부분마취도 있으나 간단한 수술(시술)에 적용하기에는 과한 마취될 수 있습니다. 또한 진정제 정도만 맞고 할수도 있으나 수술(시술) 중 통증과 불편감을 많이 느낄수 있습니다.

### 6. 의식하 진정마취를 하지 않을 경우

수술(시술) 중 증증이나 불안감 때문에 수술이 힘들거나 불가능합니다

**수면내시경해당자만 작성해주세요  
비수면내시경은 작성하지 마세요**

### <서약>

본인은 의식하 진정 마취에 대한 상기의 설명을 들었으며 본 수술(시술)의 불가항력적인 합병증 및 예상할 수 없는 유병적인 사고 등이 발생할 수도 있다는 것을 충분히 이해하며 본 수술(시술)을 신청합니다.

	년 월 일 시 분
환 자 (보호자):	(서명) / 환자와의 관계:
주민등록상의 생년월일:	/ 전 화 번 호:
	설 명 의 사: (서명)

- 대리인이 서명시 사유:
- 환자가 의사결정을 하기 힘든 신체적·정신적 장애가 있음
  - 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못한
  - 동의서의 내용을 설명했을 시 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠것이 우려됨
  - 환자 부인이 특정인에게 동의권을 위임함
  - 기타 사유

수검자명	주민등록번호	사업장명																																																							
*일반 구강검진 문진표 [모두작성해주세요]																																																									
<b>@ 치과)영력과 증상</b> 1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오 2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다 3. 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까?(예.고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등) ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다 4. 최근 3개월 동안, 치아가 썩이거나 육신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니오 5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까? ① 예 ② 아니오 <b>@ 구강건강 삶의 질과 인식</b> 6. 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 들니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오 7. 스스로 생각할 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각합니까? ① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다 <b>@ 흡연</b> 8. 담배를 피웁니까? ① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다 <b>@ 구강위생관리</b> 9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치이를 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, 치이를 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 <b>@ 불소이용</b> 12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다 <b>@ 식습관</b> 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 물고싶은 말 자유롭게 쓰십시오		<b>일반 구강검진 결과 통보서</b> <b>1 생활습관 위험도는?</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>현재</td> <td>목표</td> <td>건강신호등</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">구강위생 관리</td> <td>규칙적 칫솔질</td> <td></td> <td>하루 2회 이상 칫솔질</td> </tr> <tr> <td>치실, 치간 칫솔 사용</td> <td></td> <td>잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔사용하기</td> </tr> <tr> <td>불소이용</td> <td>불소치약 사용</td> <td></td> <td>불소치약 사용</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">설탕섭취</td> <td>당 함유간식섭취</td> <td></td> <td>당이 함유된 간식, 음료</td> </tr> <tr> <td>당 함유음료섭취</td> <td></td> <td>하루 총 3회 이하 섭취</td> </tr> <tr> <td>흡연</td> <td>흡연 여부</td> <td></td> <td>금연</td> </tr> </table> <b>2 구강검진 결과는?</b> [문진평가] ● 치과방문력 [ ] 없음 [ ] 있음 ● 만성질환 [ ] 없음 [ ] 있음 ● 치아 통증 [ ] 없음 [ ] 있음 ● 잇몸통증 혹은 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 <b>3 구강검진 종합 소견 ● 판정</b> [ ] 양호 · [ ] 주의 [ ] 질환의심 [ ] 치료필요 <table border="1"> <tr> <td>구강질환이 확인 (또는 의심)됩니다</td> <td>다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다</td> <td>다음 사항에 대한 생활 습관 개선이 필요합니다</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> *아래의 검사의 경우 생애전환기 건강진단 "만40세" 만 해당됩니다. <b>결과 : [ ] 우수 [ ] 보통 [ ] 개선요망</b> <table border="1"> <tr> <td>구분</td> <td>관련질환</td> <td>검사항목</td> <td>판정</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">치면 세균막 검사</td> <td rowspan="3">치아우식증 (충치)</td> <td>상악우치 제1대구치 (16번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td>상악우측중절치 (11번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td>상악좌측제1대구치 (26번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">치주질환 (잇몸병)</td> <td>하악좌측제1대구치 (36번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td>하악좌측중절치 (31번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td>하악우측제1대구치 (46번) 세균막</td> <td>( )점</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>평 균</td> <td>( )점</td> </tr> </table> 양호(1점미만 보통(1-3점미만) 불량(3점이상 *평균점수 =각치면의 점수합/평가치 이상) 귀하의 구강검진 결과를 위와 같이 통보합니다. 본 구강검진 결과 통보서는 상급병원에서 요양급여(진료)가 필요하다는 구강검진 종합소견이 있는 경우 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 길음됩니다		현재	목표	건강신호등	구강위생 관리	규칙적 칫솔질		하루 2회 이상 칫솔질	치실, 치간 칫솔 사용		잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔사용하기	불소이용	불소치약 사용		불소치약 사용	설탕섭취	당 함유간식섭취		당이 함유된 간식, 음료	당 함유음료섭취		하루 총 3회 이하 섭취	흡연	흡연 여부		금연	구강질환이 확인 (또는 의심)됩니다	다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다	다음 사항에 대한 생활 습관 개선이 필요합니다				구분	관련질환	검사항목	판정	치면 세균막 검사	치아우식증 (충치)	상악우치 제1대구치 (16번) 세균막	( )점	상악우측중절치 (11번) 세균막	( )점	상악좌측제1대구치 (26번) 세균막	( )점	치주질환 (잇몸병)	하악좌측제1대구치 (36번) 세균막	( )점	하악좌측중절치 (31번) 세균막	( )점	하악우측제1대구치 (46번) 세균막	( )점			평 균	( )점
	현재	목표	건강신호등																																																						
구강위생 관리	규칙적 칫솔질		하루 2회 이상 칫솔질																																																						
	치실, 치간 칫솔 사용		잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔사용하기																																																						
불소이용	불소치약 사용		불소치약 사용																																																						
설탕섭취	당 함유간식섭취		당이 함유된 간식, 음료																																																						
	당 함유음료섭취		하루 총 3회 이하 섭취																																																						
흡연	흡연 여부		금연																																																						
구강질환이 확인 (또는 의심)됩니다	다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다	다음 사항에 대한 생활 습관 개선이 필요합니다																																																							
구분	관련질환	검사항목	판정																																																						
치면 세균막 검사	치아우식증 (충치)	상악우치 제1대구치 (16번) 세균막	( )점																																																						
		상악우측중절치 (11번) 세균막	( )점																																																						
		상악좌측제1대구치 (26번) 세균막	( )점																																																						
	치주질환 (잇몸병)	하악좌측제1대구치 (36번) 세균막	( )점																																																						
		하악좌측중절치 (31번) 세균막	( )점																																																						
		하악우측제1대구치 (46번) 세균막	( )점																																																						
		평 균	( )점																																																						
요양기관기호	31101011																																																								
검진기관명	(의)나사렛국제병원																																																								
건강진단/판정일	202 년 월 일																																																								
면허번호/치과의사	(서명)																																																								