

이 문진사항은 종합건강검진 후원 대상자 선정과 이후 정확한 검진을 위해 아주 귀중한 자료가 됩니다.
 문진에 대한 비밀은 절대로 지켜지며, 절차 후에는 모두 폐기됩니다. (해당되는 항목에 체크 해 주십시오.)

문진사항

■ 검진 동기		■ 식사 습관	
1. 몸에 이상증상을 느껴서 <input type="checkbox"/> 2. 의사의 권유 <input type="checkbox"/> 3. 가족 및 친지의 권유 <input type="checkbox"/> 4. 정기적인 검진 <input type="checkbox"/> 5. 기타 () <input type="checkbox"/>		1. 싱겁게 먹는다. <input type="checkbox"/> 2. 보통으로 먹는다. <input type="checkbox"/> 3. 짜게 먹는다. <input type="checkbox"/> 4. 식사시간이 불규칙하다. <input type="checkbox"/>	
■ 현재 1개월 이상 복용중인 약		■ B형간염 예방접종 여부	
1. 없다. <input type="checkbox"/> 2. 있다. <input type="checkbox"/> ① 심장병약 <input type="checkbox"/> ② 고혈압약 <input type="checkbox"/> ③ 위장병약 <input type="checkbox"/> ④ 관절, 신경통약 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 () <input type="checkbox"/>		1. 예방접종 했다. <input type="checkbox"/> 2. 예방접종 안 했다. <input type="checkbox"/> 3. 보균자이다. <input type="checkbox"/> 4. 항체가 있어 안 했다. <input type="checkbox"/>	
■ 운동 (하루 30분 정도)		■ 수면 상태	
1. 매일 <input type="checkbox"/> 2. 주 1~3회. <input type="checkbox"/> 3. 가끔 <input type="checkbox"/> 4. 전혀 안 한다. <input type="checkbox"/>		1. 잘 잔다. <input type="checkbox"/> 2. 잘 자지 못한다. <input type="checkbox"/>	
■ 과거력 (질병이나 수술이력)		■ 가족력 (직계 또는 형제 중)	
1. 없다. <input type="checkbox"/> 2. 있다 <input type="checkbox"/> ① 당뇨병 <input type="checkbox"/> ② 고혈압, 심장병 <input type="checkbox"/> ③ 천식 <input type="checkbox"/> ④ 위장병, 간질환 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 () <input type="checkbox"/>		1. 없다. <input type="checkbox"/> 2. 있다. <input type="checkbox"/> ① 당뇨병 <input type="checkbox"/> ② 고혈압 <input type="checkbox"/> ③ 간염, 간경화 <input type="checkbox"/> ④ 암 (종류:) <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 () <input type="checkbox"/>	

■ 일반질문		■ 소화기	
1. 피로감을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	1. 속이 쓰리다.	<input type="checkbox"/>
2. 두통이 있다.	<input type="checkbox"/>	2. 소화가 잘 안된다.	<input type="checkbox"/>
3. 미열이 있다.	<input type="checkbox"/>	3. 설사를 자주 한다.	<input type="checkbox"/>
4. 식욕감퇴가 있다.	<input type="checkbox"/>	4. 변비가 있다.	<input type="checkbox"/>
5. 식은땀이 난다.	<input type="checkbox"/>	5. 대변에 피가 섞여있다.	<input type="checkbox"/>
6. 체중이 증가한다.	<input type="checkbox"/>	6. 헛배가 부르고 가스가 잘 찬다.	<input type="checkbox"/>
7. 체중감소가 있다.	<input type="checkbox"/>	7. 배에 혹이 만져진다.	<input type="checkbox"/>
8. 어지럽다	<input type="checkbox"/>	8. 변을 봐도 묵직하고 시원치 않다.	<input type="checkbox"/>
■ 호흡기		■ 골, 관절계	
1. 호흡곤란이 있다.	<input type="checkbox"/>	1. 신경통, 관절염 증세가 있다.	<input type="checkbox"/>
2. 기침, 가래가 있다.	<input type="checkbox"/>	2. 손가락 마디가 아프다.	<input type="checkbox"/>
3. 혈담이 있다.	<input type="checkbox"/>	3. 디스크 진단을 받은 적이 있다.	<input type="checkbox"/>
4. 숨 쉴 때 쌉쌉 소리가 난다.	<input type="checkbox"/>	4. 근육이 아프다.	<input type="checkbox"/>
■ 조혈, 면역계		■ 순환기, 뇌혈관	
1. 멍이 잘 든다.	<input type="checkbox"/>	1. 가끔씩 가슴에 통증이 있다.	<input type="checkbox"/>
2. 잇몸 출혈이 자주 있다.	<input type="checkbox"/>	2. 부정맥이 있다.	<input type="checkbox"/>
3. 몸이 자주 가렵다.	<input type="checkbox"/>	3. 뒷머리가 아프다.	<input type="checkbox"/>
4. 임파선이 잘 붓는다.	<input type="checkbox"/>	4. 갑자기 가슴이 두근거리곤 한다.	<input type="checkbox"/>
5. 피부에 반점이 잘 생긴다	<input type="checkbox"/>	5. 조금만 움직여도 숨이 찬다.	<input type="checkbox"/>
		6. 마비증세가 있다.	<input type="checkbox"/>
■ 신장		■ 내분비	
1. 자고나면 얼굴과 몸이 붓는다.	<input type="checkbox"/>	1. 목 앞에 혹이 만져진다.	<input type="checkbox"/>
2. 소변에 거품이 심하다.	<input type="checkbox"/>	2. 물을 많이 마신다.	<input type="checkbox"/>
3. 소변색이 붉거나 탁하다.	<input type="checkbox"/>	3. 갑자기 땀이 난다.	<input type="checkbox"/>
4. 소변을 자주본다.	<input type="checkbox"/>	4. 목이 마르다.	<input type="checkbox"/>
5. 밤에 1번 이상 소변을 본다.	<input type="checkbox"/>	5. 소변량이 많다.	<input type="checkbox"/>
		6. 갑자기 얼굴이 붉어진다.	<input type="checkbox"/>
■ 부인과		■ 기타	
1. 무월경이다.	<input type="checkbox"/>	◎ 병력 등 병원에서 참고 할 사항을 기록하여 주십시오	
2. 생리불순이다.	<input type="checkbox"/>	1. 내과 질병 이력	
3. 폐경기이다.	<input type="checkbox"/>		
4. 유방에 응어리가 있다.	<input type="checkbox"/>	2. 정형외과 질병 이력	
5. 유방이 아프다.	<input type="checkbox"/>		
6. 냉, 대하가 심하다.	<input type="checkbox"/>	3. 기타 질병 이력	
7. 국부가 가렵다.	<input type="checkbox"/>		
8. 월경 외 출혈이 있다.	<input type="checkbox"/>		
9. 유방에서 분비물이 나온다.	<input type="checkbox"/>		
10. 유방에서 피가 나온다.	<input type="checkbox"/>		