

<문진표예시>

건강진단 개인표

원내 출장 일반 배치 특수 직종

촬영번호: _____

성명	홍길동	주민번호	900000-0000000	나이	33	휴대폰	010-1234-5678
근로자 주소	경기도 수원시 장안구 창릉대로 159 다인병원		입사년월일	2023.01.01		현직전입일	2023.01.01
현재사업장명	다인병원	부서	검진사업부		근무빈도	주 5 회	
작업공정 / 작업내용	플라스틱 제품 조작용 / 플라스틱 제품 기계 조작		근무기간	6개월		1일근무시간	8 시간
과거 근무 경력	공정 또는 사업체명		근속년수		근무기간		
	사무직		01년 00개월	2022년 01월 ~ 2022년 02월			
			년 개월	년 월 ~ 년 월			

※건강진단 정보를 보건관리자 및 사업주에게 제공하여 건강검진/진행 및 사후관리 자료를 활용하는데 동의합니다.

※순음청력검사(해당시) 소음에 노출되지 않은 상태로 14시간이 지났습니까? 예 아니오 근로자

홍길동 (서명)

유해인자														
검사항목														
항목	신장 (cm) <input type="checkbox"/> 본인기재	체중 (kg) <input type="checkbox"/> 본인기재	허리둘레 (cm) <input type="checkbox"/> 본인기재	시력 (□교정)		혈압(mmHg)				소변검사 <input type="checkbox"/> 생리중		약력		
				좌	우	1차	2차	3차	4차	요단백	요잠혈	좌	우	
금회														

예시

빨간 네모칸 안에 파란글씨로 기입되어 있는 부분 반드시 기입부탁드립니다.

근로자 서명도 반드시 기입부탁드립니다.

다음장부터 앞뒤로 확인하셔서 파란글씨 기입되어있는 부분 모두 빠짐없이 기입부탁드립니다.

<input checked="" type="checkbox"/> 내분비계	<input type="checkbox"/> 정상/	청진	<input type="checkbox"/> CBS 50 <input type="checkbox"/> RHB 50 <input type="checkbox"/> 기타 ()	건강진단일자	2023
<input checked="" type="checkbox"/> 위장관계	<input type="checkbox"/> 정상/			건강진단의사	(서명)
<input checked="" type="checkbox"/> 심혈관계	<input type="checkbox"/> 정상/			손톱압박	<input type="checkbox"/> 정상/
<input checked="" type="checkbox"/> 신경계	<input type="checkbox"/> 정상/			통각	<input type="checkbox"/> 정상/
<input type="checkbox"/> 눈/피부/비강/인두	<input type="checkbox"/> 정상/			진동각	<input type="checkbox"/> 정상/
<input type="checkbox"/> 호흡기계	<input type="checkbox"/> 정상/			건강진단기관	
<input type="checkbox"/> 이비인후	<input type="checkbox"/> 정상/			다인병원	
<input type="checkbox"/> 간담도계	<input type="checkbox"/> 정상/				
<input type="checkbox"/> 비뇨기계	<input type="checkbox"/> 정상/				
<input type="checkbox"/> 조혈기계	<input type="checkbox"/> 정상/				
<input type="checkbox"/> 생식계	<input type="checkbox"/> 정상/				
<input type="checkbox"/> 근골격계	<input type="checkbox"/> 정상/				
<input type="checkbox"/> 약구장계	<input type="checkbox"/> 정상/				

<문진표예시>

특수건강진단 문진표

성명	홍길동	생년월일	1990.00.00	사업장명	다인병원
----	-----	------	------------	------	------

* 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오. (표시)

신체부위	증상문항	증상			신체부위	증상문항	증상		
		심하다	약간 있다	없다			심하다	약간 있다	없다
일반	1 식욕이 없고 체중이 줄었다			✓	심혈관 / 호흡기	21 작업 중 가슴이 두근거린다			✓
	2 피로감을 많이 느낀다			✓		22 일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다			✓
	3 몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다			✓		23 가슴이 답답하다			✓
피부	4 피부가 가렵거나 염증이 생긴다			✓		24 아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다			✓
	5 피부에 반점이 생긴다			✓		25 쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다			✓
	6 체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다			✓	척추 / 사지	26 팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			✓
	7 피부가 거칠어지거나 갈라진다			✓		27 손, 발이 떨리거나 힘이 없다			✓
눈	8 눈이 시거나 눈물이 잘난다			✓		28 손이나 발의 감각이 둔해졌다			✓
	9 시력이 전보다 나빠졌다			✓		29 추우면 손가락이 하얗게 된다			✓
	10 눈이 충혈되거나 아프다			✓		30 허리가 아프다			✓
귀	11 말소리가 또렷하게 들리지 않는다			✓	31 머리가 아프다			✓	
	12 귀에서 소리가 난다			✓	32 어지럽다			✓	
코	13 코피가 자주 난다			✓	정신 / 신경	33 기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다			✓
	14 콧물이 나고 코가 답답하다			✓		34 불안하고 초조하다			✓
	15 냄새를 잘 못 맡는다			✓		35 정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다			✓
입	16 잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다			✓		36 정신을 집중하기 어렵다			✓
	17 맛을 잘 못 느낀다			✓	비뇨 / 생식	37 소변이 잘 안나온다			✓
소화기	18 배가 찢어듯이 아픈 적이 있었다			✓		38 몸이 붓는다			✓
	19 금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다			✓		39 (여성) 생리가 불규칙해졌다			
	20 변비가 있다			✓		40 (여성) 자연유산한 적이 있다			

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오

* 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까? 예 아니오

* 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까? 예 아니오

의사
소견

이상소견 없음

<문진표예시>

건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	홍길동	주민번호	900000 - 0000000	전화번호	010 - 1234 - 5678
-------	-----	------	------------------	------	-------------------

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

질한력(과거력, 가족력)

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

	진단		현재 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(고지혈증)	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(관련)를 피운 적이 있습니까?

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

4-1. 현재 일반담배(관련)를 피우십니까?

<input checked="" type="checkbox"/> 현재 피움	총 <u>01</u> 년	하루평균 <u>10</u> 개비	
<input type="checkbox"/> 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 개비	끊은 지 _____ 년

5. 지금까지 권련형 전자담배(가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등)를 피운 적 있습니까?

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

5-1. 현재 권련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

<input type="checkbox"/> 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
<input checked="" type="checkbox"/> 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 <u>05</u> 년	흡연했을 때 하루평균 <u>10</u> 개비	끊은 지 <u>01</u> 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. 지난 1년간, 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?
 (1개만 선택)

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

7-1. 지난 1년간, 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오.(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주	<u>1</u>			
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

8. 지난 1년간, 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

*잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

* 폭음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단

술 종류	잔	병	캔	cc
소주		<u>1</u>		
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체 활동을 며칠 하십니까? 일주일에 (1) 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 신체 활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 (1) 시간 (30) 분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체 활동을 며칠 하십니까? 일주일에 (5) 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 신체 활동을 몇 시간 하십니까?

하루에 (0) 시간 (30) 분

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

일주일에 (3) 일

<문진표예시> 야간작업 종사자 특수건강진단 문진표 [1차]

성명	홍길동	주민등록번호	900000 - 0000000	사업장명	다인병원
----	-----	--------	------------------	------	------

※ 배치 전 검진인 경우 현재 직장에서 가장 최근의 야간작업에 준하여 작성하고, 야간작업을 한 적이 없다면 앞으로 종사할 야간작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오. (야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인지가 불확실할 경우에는 배치 전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후 유해인자로서 야간작업이 해당될 경우 배치 후 건강진단을 실시합니다.)

<p>※ 야간작업 노출평가</p> <p>1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까? <input checked="" type="checkbox"/> 5년 미만 <input type="checkbox"/> 5-9년 <input type="checkbox"/> 10-14년 <input type="checkbox"/> 15-19년 <input type="checkbox"/> 20년 이상 <input type="checkbox"/> 해당 없음</p> <p>2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해주시기 바랍니다. <input checked="" type="checkbox"/> 3교대 <input type="checkbox"/> 2교대 <input type="checkbox"/> 격일제(24시간) <input type="checkbox"/> 고정 야간근무 <input type="checkbox"/> 기타(불규칙 등)</p> <p>3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무일정입니까? <input checked="" type="checkbox"/> 예 (☞ 3-1번으로) <input type="checkbox"/> 아니오 (☞ 4번으로)</p> <p>3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무 → 저녁근무 → 야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오</p> <p>4. 퇴근 이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까? <input checked="" type="checkbox"/> 11시간 이상이다. <input type="checkbox"/> 11시간 미만이다.</p> <p>5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까? <input checked="" type="checkbox"/> 연속 야간작업 없음 <input type="checkbox"/> 2일 <input type="checkbox"/> 3일 <input type="checkbox"/> 4일 <input type="checkbox"/> 5일 이상</p> <p>6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 주간작업과 비교하여 어떠합니까? 1) 업무량 : 주간근무와 비교하여 <input checked="" type="checkbox"/> 비슷하다 <input type="checkbox"/> 더 적다 <input type="checkbox"/> 더 많다 2) 휴식시간 : 주간근무와 비교하여 <input checked="" type="checkbox"/> 비슷하다 <input type="checkbox"/> 더 적다 <input type="checkbox"/> 더 많다</p> <p>7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오</p> <p>8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?</p> <table border="1"> <tr> <td>야간근무 중 수면시간</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 있다</td> <td><input type="checkbox"/> 없다</td> </tr> <tr> <td>휴게실</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 있다</td> <td><input type="checkbox"/> 없다</td> </tr> <tr> <td>식사/야식/간식</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 있다</td> <td><input type="checkbox"/> 없다</td> </tr> <tr> <td>야간근무 일정 조정</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 가능하다</td> <td><input type="checkbox"/> 불가능하다</td> </tr> </table> <p>9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까? <input type="checkbox"/> 40시간 미만 <input checked="" type="checkbox"/> 40시간 <input type="checkbox"/> 41-51시간 <input type="checkbox"/> 52-59시간 <input type="checkbox"/> 60시간 이상</p>	야간근무 중 수면시간	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다	휴게실	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다	식사/야식/간식	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다	야간근무 일정 조정	<input checked="" type="checkbox"/> 가능하다	<input type="checkbox"/> 불가능하다	<p>※ 과거력</p> <p>1. 다음과 같은 질병을 진단받았거나, 현재 치료 또는 추적검사 중이십니까?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>불면증 (수면제)</th> <th>우울증</th> <th>뇌전증 (간질)</th> <th>위(십이지장) 궤양</th> <th>유방결절</th> <th>유방암</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>진단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>치료</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 수면장애(불면증지수) - 신경계</p> <p>1-3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해주세요.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>없음</th> <th>약간</th> <th>중간</th> <th>심함</th> <th>매우 심함</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 잠을 자기가 어렵다.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ①</td> <td><input type="checkbox"/> ②</td> <td><input type="checkbox"/> ③</td> <td><input type="checkbox"/> ④</td> <td><input type="checkbox"/> ⑤</td> </tr> <tr> <td>2. 잠을 유지하기 어렵다.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ①</td> <td><input type="checkbox"/> ②</td> <td><input type="checkbox"/> ③</td> <td><input type="checkbox"/> ④</td> <td><input type="checkbox"/> ⑤</td> </tr> <tr> <td>3. 너무 일찍 깬다.</td> <td><input type="checkbox"/> ①</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ②</td> <td><input type="checkbox"/> ③</td> <td><input type="checkbox"/> ④</td> <td><input type="checkbox"/> ⑤</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 매우 만족 <input type="checkbox"/> ② 약간 만족 <input type="checkbox"/> ③ 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> ④ 약간 불만족 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 불만족</p> <p>5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각하십니까? (활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등) <input checked="" type="checkbox"/> ① 전혀 방해되지 않는다 <input type="checkbox"/> ② 약간 <input type="checkbox"/> ③ 중간 <input type="checkbox"/> ④ 심하게 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 심하게</p> <p>6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> ② 약간 <input type="checkbox"/> ③ 중간 <input type="checkbox"/> ④ 심하게 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 심하게</p> <p>7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 전혀 걱정하지 않다 <input type="checkbox"/> ② 약간 <input type="checkbox"/> ③ 중간 <input type="checkbox"/> ④ 심하게 <input type="checkbox"/> ⑤ 매우 심하게</p> <p>평가 (점)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 정상 (0-7점)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 가벼운 불면증 (8-14점)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 중등도의 불면증 (15-21점)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 심한 불면증 (22-28점)</td> </tr> </table>		불면증 (수면제)	우울증	뇌전증 (간질)	위(십이지장) 궤양	유방결절	유방암	진단							치료								없음	약간	중간	심함	매우 심함	1. 잠을 자기가 어렵다.	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	2. 잠을 유지하기 어렵다.	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	3. 너무 일찍 깬다.	<input type="checkbox"/> ①	<input checked="" type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> 정상 (0-7점)	<input type="checkbox"/> 가벼운 불면증 (8-14점)	<input type="checkbox"/> 중등도의 불면증 (15-21점)	<input type="checkbox"/> 심한 불면증 (22-28점)
야간근무 중 수면시간	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다																																																												
휴게실	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다																																																												
식사/야식/간식	<input checked="" type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다																																																												
야간근무 일정 조정	<input checked="" type="checkbox"/> 가능하다	<input type="checkbox"/> 불가능하다																																																												
	불면증 (수면제)	우울증	뇌전증 (간질)	위(십이지장) 궤양	유방결절	유방암																																																								
진단																																																														
치료																																																														
	없음	약간	중간	심함	매우 심함																																																									
1. 잠을 자기가 어렵다.	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤																																																									
2. 잠을 유지하기 어렵다.	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤																																																									
3. 너무 일찍 깬다.	<input type="checkbox"/> ①	<input checked="" type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤																																																									
<input type="checkbox"/> 정상 (0-7점)																																																														
<input type="checkbox"/> 가벼운 불면증 (8-14점)																																																														
<input type="checkbox"/> 중등도의 불면증 (15-21점)																																																														
<input type="checkbox"/> 심한 불면증 (22-28점)																																																														

← 무진포예시 →

※ 위장관질환 - 위장관계

1. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?

- 전혀 없음
- ② 1개월에 하루 미만
- ③ 1개월에 하루
- ④ 1개월에 2-3일
- ⑤ 1주일에 하루
- ⑥ 1주일에 2일 이상
- ⑦ 거의 매일

2. 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어왔습니까?

- 아니오
- ② 예

3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- ② 1개월에 하루 미만
- ③ 1개월에 하루
- ④ 1개월에 2-3일
- ⑤ 1주일에 하루
- ⑥ 1주일에 2일 이상
- ⑦ 거의 매일

4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?

- 아니오
- ② 예

5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의 (가슴이 아닌 배꼽 위 쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- ② 1개월에 하루 미만
- ③ 1개월에 하루
- ④ 1개월에 2-3일
- ⑤ 1주일에 하루
- ⑥ 1주일에 2일 이상
- ⑦ 거의 매일

6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전 부터 있어 왔습니까?

- 아니오
- ② 예

7. 최근 2년 이내 위내시경검사를 하신 적이 있습니까?

- 한 적이 없다
- ② 한 적이 있다

평 가	<input type="checkbox"/> 정상
	<input type="checkbox"/> 이상소견 (소화불량증)

※ 유방암 - 내분비계 (여성만 작성하십시오)

1. 우리나라에서 권고하고 있는 유방암의 조기검진주기는 아래와 같습니다. 귀하는 지금까지 귀하의 연령에 맞는 조기검진을 시행하였습니까?

- 30세 이후 : 매월 자가진단
- 35세 이후 : 2년 간격으로 의사 진찰
- 40세 이후 : 1-2년 간격으로 의사 진찰과 유방촬영

- 거의 한 적이 없다
- ② 몇 번은 한 적이 있다
- ③ 거의 매번 지켰다

2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오. (2개 이상 표시 가능)

- ① 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다
- ② 유두에서 분비물이 나온다
- ③ 유두가 헐거나 함몰되었다
- 증상이 없다

3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?

- 한 적이 없다
- ② 한 적이 있다

평 가	<input type="checkbox"/> 정상
	<input type="checkbox"/> 이상소견

의 사 소 견

이상소견 없음