

암검진 문진표

☐ 빨간색 테두리만 작성하세요.

항혈전제복용여부			위암	간암	대장암	유방암	자궁암	비고
유	무	모름						

수검자 성명	주민등록 번호	-	전화번호	자택 핸드폰
도로명 주소				<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자
				E-mail 주소

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

암 검진(공통) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 '○' 표시해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

① 예(증상: _____) ② 아니오

2. 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

① 아니오 ② 체중감소(_____ Kg)

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까? (☐ 해당사항 없음)

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유방암							
대장암							
간 암							
자궁경부암							
기타(_____암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? (☐ 해당사항 없음)

검 사 명		검 사 시 기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년미만	2년이상~ 10년미만
위 암	위장조영검사 (위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈검사 (대변 검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
간 암	간초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래전에

※ 해당되는 곳에 '○' 표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있습니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위암 종	기 타	없 음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있습니까?

질환명	대장용종(폴립)	궤양성 대장염	크론 병	치질(치핵, 치열)	기 타	없 음
질환유무						

7. 간(肝)질환이 있습니까?

질환명	B형염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기 타	없 음
질환유무						

여성분들만 응답해주세요.

8. 월경을 언제 시작하셨습니다?

① 만_____세 ② 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음
③ 폐경되었음 (폐경연령 : 만_____세)

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

① 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ② 2년 미만 복용
③ 2년 이상~5년 미만 복용 ④ 5년 이상 복용
⑤ 모르겠음

11. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

12. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만
③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음

13. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.)

① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

14. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?

① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용
③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음

건강검진 사후 관리를 위한 결과활용 동의서

* 정보제공에 동의하는 검진종별에 ☒ 하시기 바랍니다.

[☐ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함), ☐ 암검진, ☐ 영유아건강검진]

본 동의서는

○ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함) 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다)에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스내역을 공단에 제공하는 것과

○ 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받으신 분들의 사후관리를 위해 공단에서 국립암센터 및 보건소로 암검진 결과를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

[건강관리서비스]: 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관 : 보건소, 국립암센터, 국민건강보험공단

② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- 공단 → 보건소

·성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료

- 보건소 → 공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

- 공단 → 국립암센터 및 보건소

·성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진정보와 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

전체동의함 ☐

				년	월	일
동 의 자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	—		
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의관계			
검진기관명(기호)						