

# 종합문진표

성명 : \_\_\_\_\_ 주민번호 앞자리(6자리) : \_\_\_\_\_

1. 다음과 같은 질병으로 3개월 이상 앓았거나 진단(치료)을 받은 적이 있다면 해당질환에 V 해주세요  
(본인의 기왕력 및 가족력 check 리스트)

	본인	부	모	형제		본인	부	모	형제
당뇨					결핵				
고혈압					신장질환				
심장질환					암 *상세 질환명				
간염 기타 간장질환									
뇌졸중 뇌출혈, 뇌경색					기타				

2. 귀하의 음주(술) 습관은 어떠하십니까?

① (거의) 마시지 않는다. ② 마신다 (ㄱ) 월 2-3 회 (ㄴ) 주 1-2회 (ㄷ) 거의 매일  
\* [ 소주/ 맥주 , 총 잔/ 총 병 ]

3. 귀하는 담배를 어느 정도 피우십니까?

- ① (거의) 피우지 않는다  
② 과거에 피웠으나 지금은 끊었다  
\* 금연 전까지 담배를 몇 년이나 피셨나요? ( 총    년 ) / 금연 전 평균 하루 흡연량은 (    개비 )  
③ 현재도 피운다  
\* 몇 년째 담배를 피셨나요? ( 총    년 ) / 평균 하루 흡연량은 (    개비 )

4. 귀하는 운동(30분 이상)을 일주일에 몇 회 정도 하고 계십니까?

- ① 매일 한다 ② 일주일에 3회 미만 ③ 거의 하지 않는다.

5. 본인이 알고 있는 질환이나 수술병력이 있으시면 기록해 주십시오.

---



---

6. 특히 염려되는 증상 (진찰의사에게 하고 싶은 말)을 기록해 주십시오.

---



---

7. 여성분 만 에 V표 체크 및 기록해 주십시오.

- ①  미혼             기혼  
② 현재 임신가능     유         무    \*방사선 촬영 (x 선검사) 안됩니다  
③  금일 생리중     금일 생리중 아님     폐경         자궁적출술  
\* 생리중일 경우 부인과 검사는 안됩니다  
④ 검진하기 전 최근 월경 시작 일자 (    월    일 ) \* 폐경여성은 제외