

## 국가 검진 공통문진표

수검자 성명		주민등록번호	
전화번호(자택)		핸드폰 번호	

신장	cm	체중	kg	복부 둘레	inch
검진결과통보서 수령방법(택1): <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 본인직접 방문수령					
우편주소					
이메일 (대소문자 구분)	@				

본 문진표는 국민건강보험법 제 52조, 동법시행령 제 25조 '건강검진실시기준'에 따른 것입니다.

- ◆ 문진표는 **검진이 끝난 후 꼭 제출**하고 가십시오. 작성한 **문진표 내용은 변경 불가**합니다.
- ◆ 본 문진표는 결과통보서에 반영되므로, 문항을 빠짐없이 표기하셔야 합니다.
- ◆ 검진 시 발생하는 도난사고에 대하여는 책임을 지지 않사오니 소지품 관리에 주의하시기 바랍니다.
- ◆ 유방성형, 임신 중 혹은 임신 가능성이 있으신 분은 검사 전 담당자에게 미리 말씀해 주십시오.
- ◆ **금일 공단검진 외 본원 검사가 있을 경우** 검진 전 사전에 검진센터 담당자에게 말씀해 주시기 바랍니다.  
(검사에 따라 조정이 필요할 수 있음)

[공단·국가암검진 시행전 반드시 확인 사항입니다.]

※ 고지내용 : 국가검진 이중 수검 시 **중복 검사에 따른 비용을 본인이 전액 부담**하셔야 하오니, 정확한 내용으로 표기 해주시기 바랍니다.

- ◆ 당해 년도 다른 병원에서 공단검진(일반건강검진, 국가암검진) 또는 출장검진을 시행하신 적이 있으신가요?     예     아니오

위 내용을 확인 하였습니다.    성명 \_\_\_\_\_ (서명)

국립암센터 암예방검진센터 국가암·공단검진 ☎ 031)920-1313

## 일반 구강검진 문진표

<b>성명</b>		<b>주민등록번호</b>	
-----------	--	---------------	--

 **(치과)병력과 증상**

1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모르겠다
3. 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까? (예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모르겠다
4. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

 **구강건강 삶의 질과 인식**

6. 최근 3개월동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는데 불편함을 느끼신 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 매우 좋다	<input type="checkbox"/> 좋다 <input type="checkbox"/> 보통이다
	<input type="checkbox"/> 나쁘다	<input type="checkbox"/> 매우 나쁘다

 **흡연**

8. 담배를 피우니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 피운 적이 없다
	<input type="checkbox"/> 현재 피우고 있다 <input type="checkbox"/> 이전에 피웠으나 끊었다

 **구강위생관리**

9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까?	<input type="checkbox"/> 하루 평균 (      )회
10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 항상 했다(7회) <input type="checkbox"/> 대부분 했다(4~6회)
	<input type="checkbox"/> 가끔 했다(1~3회) <input type="checkbox"/> 전혀 하지 않았다(0회)
11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?	<input type="checkbox"/> 항상 했다 <input type="checkbox"/> 대부분 했다 <input type="checkbox"/> 가끔 했다
	<input type="checkbox"/> 전혀 하지 않았다 <input type="checkbox"/> 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다

 **불소이용**

12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모르겠다 <input type="checkbox"/> 치약을 사용하지 않는다
-------------------------------	---

 **식습관**

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?	<input type="checkbox"/> 먹지 않는다	<input type="checkbox"/> 1번	<input type="checkbox"/> 2번
	<input type="checkbox"/> 3번	<input type="checkbox"/> 4번 이상	
14. 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예. 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까?	<input type="checkbox"/> 먹지 않는다	<input type="checkbox"/> 1번	<input type="checkbox"/> 2번
	<input type="checkbox"/> 3번	<input type="checkbox"/> 4번 이상	

 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

## 건강검진 문진표

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

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

성명		주민등록번호	
----	--	--------	--

### 질환력 (과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? 해당하는 곳에 v 표시해 주십시오

구분	뇌졸중 (중풍)	심근경색 / 협심증	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타 (암 포함)	해당 없음
진단받음								
약물치료 중								

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

질환	뇌졸중 (중풍)	심근경색 / 협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암 포함)	해당 없음
있음						

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?                      ① 예                      ② 아니요                      ③ 모름

### 흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(굴련)를 피운 적이 있습니까?

① 아니요(☞ 5번 문항)    ② 예(☞ 4-1번 문항)

4-1. 현재 일반담배(굴련)을 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루 평균 _____개비	
② 과거에 피웠으나 현재는 끊었음	총 _____년	(흡연했을 때) 하루 평균 _____개비	끊은 지 _____년

5. 지금까지 굴련형 전자담배(가열담배, 예를 들어 아이코스, 글로, 릴 등)를 피운 적 있습니까?

① 아니요(☞ 6번 문항)    ② 예(☞ 5-1번 문항)

5-1. 현재 굴련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루 평균 _____개비	
② 과거에 피웠으나 현재는 끊었음	총 _____년	(흡연했을 때) 하루 평균 _____개비	끊은 지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니요(☞ 다음페이지)    ② 예(☞ 6-1번 문항)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니요                      ② 1~2일/월                      ③ 3~9일/월                      ④ 10~29일/월                      ⑤ 매일 (30~31일/월)

**음주**

7. 지난 1년 동안 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (한 가지만 답변)

① 일주일에	___ 번	② 한 달에	___ 번	③ 1 년에	___ 번	④ 술을 마시지 않음 (☞ 8-1번 문항)	
--------	-------	--------	-------	--------	-------	----------------------------	--

7-1 & 7-2. 지난 1년 동안 음주량은 어느 정도입니까? (한 가지 이상 숫자로 답변)

(잔 또는 병 또는 캔 또는 cc중 한곳 표기, 술 종류 복수답변 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 곳에 표기)

\*폭음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단

구분	7-1. 술을 마시는 날 하루 평균 음주량				구분	7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량			
술 종류	잔	병	캔	cc	술 종류	잔	병	캔	cc
소주			X		소주			X	
맥주					맥주				
양주			X		양주			X	
막걸리			X		막걸리			X	
와인			X		와인			X	

**신체활동 (운동)**

8-1 & 8-2. 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동 (숫자로 답변)

※ 고강도 운동 예시: 달리기, 에어로빅, 빠른 속도의 자전거, 건설현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 매일
평소 하루에 몇 시간 하십니까?	하루 평균 <input type="text"/> <input type="text"/> 시간 <input type="text"/> <input type="text"/> 분

9-1 & 9-2. 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동 (숫자로 답변)

※ 8번과 중복되는 활동은 제외하고 답변 해주세요.

※ 중강도 운동 예시: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도의 자전거, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 매일
평소 하루에 몇 시간 하십니까?	하루 평균 <input type="text"/> <input type="text"/> 시간 <input type="text"/> <input type="text"/> 분

10. 최근 1주일 동안 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

※ 근력운동 예시: 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등

평소 일주일에 며칠 하십니까?	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 매일
------------------	---

## 건강검진 추가 문진표

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시요.

성명		주민등록번호	
----	--	--------	--

### 노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. <u>인플루엔자(독감) 예방접종</u> 을 매년 하십니까?	예	아니요
2. <u>폐렴예방접종</u> 을 받으셨습니까?	예	아니요

### ※ 일상생활 수행능력 질문

3. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 곳에 O 표시해 주십시오.		
자신의 현재 상태	예	아니요
3-1. 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?		
3-2. 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?		
3-3. 대소변을 보기 위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?		
3-4. 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?		
3-5. 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?		
3-6 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?		

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 <u>넘어진 적이</u> 있습니까?	예	아니요
5. <u>배뇨장애</u> 에 관한 질문입니다. <u>소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가</u> 있습니까?	예	아니요

## 암검진 문진표

성명		주민등록번호	
----	--	--------	--

**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 아니요
  
2. 최근 6개월 간 특별한 이유 없이 5Kg 이상의 체중감소가 있었습니까?  
 ① 아니요    ② 체중감소    5kg    6kg    7kg    직접기입(\_\_\_\_)kg
  
3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없음	모름	암에 걸린 적 있음(복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 ( _____ 암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까? (해당되는 곳에 ‘○’표 해주십시오.)

검사 종류	검사 받은 시기			
	10년이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년이상~ 2년미만	2년이상~ 10년미만
위장조영검사 위내시경 유방촬영				
분변잠혈검사 (대변검사)				
대장내시경 자궁경부세포검사				
흉부CT				
간초음파(복부초음파)	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래 전에

※ 해당되는 곳에 'O'표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	해당 없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?

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

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스 보유자	만성 B형간염	만성 C형간염	간경변	기타	해당 없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있으십니까?

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

 유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성만 답변)

9. 월경을 언제 시작하셨습니다까? ① \_\_\_\_\_ 세    ② 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음    ② 자궁적출술을 하였음    ③ 폐경 되었음 (폐경연령 : \_\_\_\_\_ 세)

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다까?

- ① 1명    ② 2명 이상    ③ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?

- ① 6개월 미만    ② 6개월~1년 미만    ③ 1년 이상    ④ 수유한적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?

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

- ① 예    ② 아니요    ③ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

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

인지기능장애 평가도구

Korean Dementia Screening Questionnaire – C

성명		주민등록번호	
----	--	--------	--

인지기능장애평가 관련 문항 (66세 이상 해당)

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	가끔(조금) 그렇다	자주(많이) 그렇다
1. 오늘이 <u>몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다</u>	0	1	2
2. 자기가 <u>놔둔 물건을 찾지 못 한다</u>	0	1	2
3. 같은 <u>질문을 반복해서 한다</u>	0	1	2
4. <u>약속을 하고서 잊어버린다</u>	0	1	2
5. 물건을 가지러 갔다가 <u>잊어버리고 그냥 온다</u>	0	1	2
6. 물건이나, 사람의 <u>이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다</u>	0	1	2
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 <u>반복해서 물어 본다</u>	0	1	2
8. <u>길을 잃거나 헤맨 적이 있다</u>	0	1	2
9. 예전에 비해서 <u>계산능력이 떨어졌다</u> (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)	0	1	2
10. 예전에 비해 <u>성격이 변했다</u>	0	1	2
11. 이전에 <u>잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다</u> (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)	0	1	2
12. 예전에 비해 방이나 집안의 <u>정리정돈을 하지 못 한다</u>	0	1	2
13. <u>상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다</u>	0	1	2
14. 혼자 <u>대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다</u> (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)	0	1	2
15. 내복이나 옷이 <u>더러워져도 갈아입지 않으려고 한다</u>	0	1	2
<b>점 수</b>	<b>합계 _____ / 30</b>		



정신건강검사(우울증) 평가도구

한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

성명		주민등록번호	
----	--	--------	--

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 <u>흥미나 재미가 거의 없음</u>	0	1	2	3
2. <u>가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감</u>	0	1	2	3
3. <u>잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠</u>	0	1	2	3
4. <u>피곤함, 기력이 저하됨</u>	0	1	2	3
5. <u>식욕 저하 혹은 과식</u>	0	1	2	3
6. 내 자신이 <u>나쁜 사람</u> 이라는 느낌 혹은 내 자신을 <u>실패자</u> 라고 느끼거나 <u>나 때문에</u> 나 자신이나 내 가족이 <u>불행하게 되었다</u> 는 느낌	0	1	2	3
7. <u>신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움</u>	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 <u>거동이나 말이 느림</u> , 또는 반대로 <u>너무 초조하고 안절부절 못해서</u> 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 <u>차라리 죽는 것이 낫겠다</u> 는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 <u>스스로를 자해하는</u> 생각들	0	1	2	3
점 수	합계 _____ / 27			



음주 생활습관 평가 도구

수검자 성명

\* 본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오.  
술을 전혀 안 마시는 비음주자는 작성하지 않습니다.

1. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?  
 한 달에 1번 이하(1점)                       한 달에 2~4번(2점)  
 일주일에 2~3번(3점)                       일주일에 4번 이상(4점)
2. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?  
 (아래의 두 곳 중 주로 드시는 술을 선택하여 한 곳에 표시해 주시면 됩니다.)  
 1) 소주  
 반병 이하(0점)    1병 이하(1점)    1.5병정도(2점)    2병정도(3점)    2.5병 이상(4점)  
 2) 기타의 술  
 (양주, 와인은 각각의 술잔으로 계산하십시오. 막걸리는 한 사발을 한 잔으로, 맥주는 캔맥주 1캔 또는 작은 병맥주 1병을 한 잔으로 계산하십시오. 생맥주 500cc는 1.3잔으로 계산하십시오.)  
 1~2잔(0점)    3~4잔(1점)    5~6잔(2점)    7~9잔(3점)    10잔 이상(4점)
3. 한 번의 술좌석에서 소주 1병을 초과하거나 맥주 5캔(생맥주 2,000cc) 이상 \*을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?  
 (\* 알코올 60g에 해당하는 음주량을 의미. / 양주, 와인, 막걸리는 각각의 술잔으로 5잔 이상.)  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
4. 지난 1년간, 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
5. 지난 1년간, 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
6. 지난 1년간, 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
7. 지난 1년간, 음주 후 술을 마신 것에 대해 후회한 적이 있습니까?  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
8. 지난 1년간, 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?  
 전혀 없다(0점)                       한 달에 한 번 미만(1점)                       한 달에 한 번 정도(2점)  
 일주일에 한 번 정도(3점)                       거의 매일(4점)
9. 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나, 또는 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?  
 전혀 없었다(0점)                       과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)  
 지난 1년 동안에 있었다(4점)
10. 가족이나 의사가 당신의 음주에 대해 걱정을 하거나, 또는 '술을 끊거나 줄이러'는 권고를 한 적이 있습니까?  
 전혀 없었다(0점)                       과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)  
 지난 1년 동안에 있었다(4점)

합계

## 운동 생활습관 평가 도구

### 수검자 성명

※ 다음은 **평소 일주일 동안** 본인이 참여하고 있는 다양한 신체활동 시간과 관련된 질문입니다.  
 신체적으로 활동적인 사람이 아니더라도 질문에 답해주세요.  
 ‘**고강도 활동**’은 격렬한 신체 활동으로 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 활동을,  
 ‘**중강도 활동**’은 중간 정도의 신체 활동으로 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 활동을 말합니다.

1. 우선 본인이 **일하는 시간**을 생각해 보세요.

※ 일은 돈을 받는 일, 돈을 받지 않고 하는 일, 학교생활 / 교육, 집안일, 농업, 어업, 목축업, 구직과 같이 현재 하고 있는 것이라고 생각하시면 됩니다. (예: 직업, 학업, 집안일, 봉사활동, 학교 체육 수업 등)

1-1. 본인의 일은 **최소 10분 이상** 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **고강도 신체 활동**을 포함하고 있습니까?  예  아니요 (→ 문항 1-4번으로)

※ 고강도 신체활동: 무거운 것을 들어 올리거나 나르는 일(약 20kg 이상), 땅파기, 건설 현장에서의 노동, 계단으로 물건 나르기 등

1-2. 평소 일주일 동안 **일과 관련된 고강도 신체활동을 며칠** 하십니까?  1  2  3  4  5  6  매일

1-3. 평소 **하루에 일과 관련된 고강도 신체활동을 몇 시간** 하십니까? 하루에   시간   분

1-4. 본인의 일은 **최소 10분 이상** 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 **중강도 신체 활동**을 포함하고 있습니까?  예  아니요 (→ 문항 2번으로)

※ 중강도 신체활동 : 빠르게 걷기(일하는 중에), 가벼운 물건 나르기, 청소, 육아(목욕시키기, 아이 안아주기 등)

1-5. 평소 일주일 동안 **일과 관련된 중강도 신체활동을 며칠** 하십니까?  1  2  3  4  5  6  매일

1-6. 평소 **하루에 일과 관련된 중강도 신체활동을 몇 시간** 하십니까? 하루에   시간   분

2. 본인이 **장소를 이동할 때**, 어떻게 하시는지에 대해 묻겠습니다.

※ 앞서 말한 일과 관련된 신체 활동은 제외합니다.

※ 장소 이동 시 신체활동: 일하러 갈 때, 쇼핑 갈 때, 장보러 갈 때, 학교 등·하교 시, 학원 갈 때 등

2-1. 평소 **장소를 이동할 때** **최소 10분 이상 계속 걸거나 자전거 이용**을 하십니까?  예  아니요 (→ 문항 3번으로)

2-2. 평소 **일주일 동안** 장소를 이동할 때 **최소 10분 이상, 계속 걸거나 자전거 이용을 며칠** 하십니까?  1  2  3  4  5  6  매일

2-3. 평소 **하루에** 장소를 이동할 때 **걸거나 자전거 이용을 몇 시간** 하십니까? 하루에   시간   분

3. 앞서 말한 일과 장소 이동 시 신체 활동에 대해서는 제외합니다.

**스포츠, 운동 및 여가 활동**에 대하여 묻겠습니다.

3-1. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까? ※ 예: 달리기, 줄넘기, 등산, 농구 시합, 수영, 배드민턴 등

예  아니요 (→문항 3-4번으로)

3-2. 평소 일주일 동안, <b>고강도의 스포츠, 운동 및 여가활동을 며칠</b> 하십니까?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 매일
3-3. 평소 <b>하루에 고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동을 몇 시간</b> 하십니까?	하루에 <input type="text"/> <input type="text"/> 시간 <input type="text"/> <input type="text"/> 분

3-4. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까? ※ 예: 빠르게 걷기, 가볍게 뛰기(조깅), 웨이트 트레이닝(근력 운동), 골프, 댄스스포츠, 필라테스 등

예  아니요 (→문항 4번으로)

3-5. 평소 일주일 동안, <b>중강도의 스포츠, 운동 및 여가활동을 며칠</b> 하십니까?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 매일
3-6. 평소 <b>하루에 중강도의 스포츠, 운동 및 여가활동을 몇 시간</b> 하십니까?	하루에 <input type="text"/> <input type="text"/> 시간 <input type="text"/> <input type="text"/> 분

4. 다음은 **자는 시간을 제외하고**, 일할 때나 집에 있을 때, 장소를 이동할 때, 친구와 함께 할 때에 **앉아 있거나 누워 있는 것**에 대한 질문입니다.

※ 예: 책상에 앉아 있기, 친구와 앉아 있기, 자동차·버스·기차를 이용해 이동하기, 책 읽기, 글쓰기, 카드놀이 하기, 텔레비전 보기, 게임 하기(닌텐도, 컴퓨터, 플레이스테이션), 인터넷 사용, 음악감상 등.

4-1. 평소 <b>하루에 앉아 있거나, 누워있는 시간이 몇 시간</b> 입니까?	하루에 <input type="text"/> <input type="text"/> 시간 <input type="text"/> <input type="text"/> 분
---	--

5. **최근 1주일 동안** 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 **근력 운동**을 한 날은 **며칠**입니까?

전혀 하지 않음  1  2  3  4  5~7일

6. <b>심장에 문제가 있어서 운동을 할 경우 의사의 권고에 의해서만 하라고</b> 들은 적이 있습니까?	예	아니요
7. 운동을 할 때 <b>가슴에 통증을</b> 느낀 적이 있습니까?	예	아니요
8. 지난달에 <b>운동을 하지 않고 있는 동안에도 가슴에 통증을</b> 느낀 적이 있습니까?	예	아니요
9. <b>어지럼증이나 의식소실로</b> 인해 균형을 잃은 적이 있습니까?	예	아니요
10. <b>운동을 바꾼 후에 뼈나 관절에 문제가</b> 생긴 적이 있습니까?	예	아니요
11. <b>현재 혈압이나 심장문제</b> 로 의사로부터 처방을 받고 있습니까?	예	아니요
12. <b>운동을 하면 안 되는 다른 이유</b> 가 있습니까?	예	아니요

영양 생활습관 평가 도구

수검자 성명		
<p>1. 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵(200ml) 이상 마신다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p>		
<p>2. 육류, 생선, 달걀, 콩, 두부 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p>		
<p>3. 김치 이외의 채소를 식사할 때마다 먹는다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p>		
<p>4. 과일(1개)을 매일 먹는다. (갈아먹는 형태 포함)</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p>		
<p>5. 튀김이나 볶음 요리를 얼마나 자주 먹습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점)                      <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점)                      <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p>		
<p>6. 콜레스테롤이 많은 식품(삼겹살, 달걀노른자, 오징어 등)을 얼마나 자주 먹습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점)                      <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점)                      <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p>		
<p>7. 아이스크림, 케이크, 과자, 음료수(믹스커피, 콜라, 식혜 등)중 1가지를 매일 먹는다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)</p>		
<p>8. 것갈, 장아찌, 자반 등을 매일 먹는다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)</p>		
<p>9. 식사를 매일 정해진 시간에 한다.</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)                      <input type="checkbox"/> 보통이다(3점)                      <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p>		
<p>10. 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 5종류 (5점)                      <input type="checkbox"/> 4종류 (3점)                      <input type="checkbox"/> 3종류 이하(1점)</p>		
<p>11. 외식(직장에서 제공되는 식사 제외)을 얼마나 자주 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 주 5회 이상(1점)                      <input type="checkbox"/> 주 2-4회 (3점)                      <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p>		
<p>합계</p>		

## 비만 생활습관 평가 도구

### 수검자 성명

1. 현재 체중이 10대 후반이나 20대 초반이었을 때와 비교하여 10kg 이상 늘었습니까?

- 예  아니요

2. 당신은 현재까지 체중감량을 몇 차례나 시도해 보았습니까?

- 전혀 해 본 적이 없다  1~3회  
 4회 이상  항상 노력하고 있다

3. 당신은 체중감량을 통해 정상 체중을 지속적으로 유지하는데 관심이 있습니까?

- 별로 관심이 없다  어느 정도 관심이 있다  매우 관심이 있다

※ 모르시면 비워두세요.

◆ 신장: \_\_\_\_\_cm

◆ 체중: \_\_\_\_\_kg

◆ 허리둘레: \_\_\_\_\_cm

◆ 체질량지수: \_\_\_\_\_kg/m<sup>2</sup>

비만생활습관 평가대상자

비대상자