

건강 ^{지역민의}
지킴이~!

건강 평가표

주민등록번호 : _____

성 명 : _____

성 별 : _____ 남 · 여 _____

검진일 : 20 _____ 년 _____ 월 _____ 일

※ 대중교통 이용하실 거죠? (자가운전 안됩니다.)

49524 부산광역시 사하구 다대로 565 www.onehospital.co.kr

대표 051.260.1000 / 팩스 051.263.5060

 **우리원병원**
WOORI ONE HOSPITAL

NAME : _____

1. 귀하께서 종합검진센터에 오신 이유는 무엇입니까?
(상세히 기록하여 주십시오.)

» 아픈곳은 _____

» 언제부터 증상이 있었습니까? _____

2. 직업은 무엇입니까? _____

3. 현재 약을 복용하고 있습니까? 아니오 예

■ 복용하고 있다면

» 약 이름: _____

» 복용 하는 이유 : _____

4. 술을 드십니까? 아니오 예

■ 술을 마신다면

» 마시는 횟수 : 1주일에 _____회

» 한번에 마시는 양: 소주 _____ 병 / 맥주 _____ 병

5. 흡연을 하십니까? 아니오 예

■ 현재 담배를 피운다면

하루 평균 _____개비의담배를 _____년피웠다.

■ 피우다가 끊었다면

하루 평균 _____개비의담배를 _____년

피우다가 끊은 지 _____년되었다.

6. 규칙적으로 운동을 하십니까? 아니오 예

7. (여자분만) 폐경이 되었습니까? 아니오 예

8. 어떤 병이 있다고 진단 받았거나 수술을 받은 적이
있습니까? 아니오 예
있으시다면 질환과 진단받은 시기를 기록하여
주십시오.

고혈압 _____년도 당뇨 _____년도

결핵 _____년도 천식 _____년도

B형간염보유자 _____년도 만성간질환 _____년도

심이지장궤양 _____년도 위궤양 _____년도

심장질환 _____년도 알레르기 _____약물

암(_____암) _____년도

기타 _____

수술 : (무슨 질병으로 _____) _____년도

9. 친부모, 형제, 자매, 자녀, 친가, 외가 중 질환을 가진
분이계십니까? 아니오 예
있으시다면 해당 질환과 본인과의 관계를 기록하여 주십시오.

고혈압 _____ 당뇨 _____

결핵 _____ 천식 _____

위암 _____ 간암 _____

자궁암 _____ 유방암 _____

대장암 _____ 뇌졸중 _____

급사 _____ 협심증 _____

심근경색증 _____ 만성간질환 _____

B형 간염 보유자 _____

기타 _____

10. 아래 항목 중 느끼는 증상을 표시하여 주십시오.

■ 전신증상

발열 체중감소 (_____kg)

전신쇠약감 피로 몸이 붓는다

불안 우울 불면

현기증

■ 머리, 목 부위

두통 얼굴이 화끈거린다 눈이 아프다

콧물 귀에서 소리가 난다 귀가 아프다

목에서 만져지는 것이 있다 목이 아프다

NAME : _____

■ 가슴, 유방 부위

- 기침 가래 호흡곤란
 가슴이 아프다 가슴이 두근거림
 유방멍우리

■ 배, 항문 부위

- 메스꺼움 구토 소화불량
 속쓰림 복통 변비
 설사 검은색 변 혈변(血便)
 변의 굵기가 가늘어졌다.

■ 요로, 생식기 증상

- 소변을 자주본다 소변을 볼 때 아프다
 소변보기가 힘들다 뇨실금(소변을 지린다)
 밤에 자다가 소변 때문에 깬다. 평균 _____회
 혈뇨(血尿) 질분비물(냉)
 월경통

■ 근육, 골격계 증상

- 요통(腰通) 근육통
 관절통 (부위: _____) 사지가 저린다

기타 다른 증상이 있으면 기록하여 주십시오.

부인과 (여자분들만 작성하세요)

1. 첫 월경은 _____세에 시작했다.

2. 월경주기는

- 일정하다. 빨라진다.
 늦어진다. 불규칙하다.

3. 월경양은

- 적다. 보통이다. 많다.

4. 평균 생리 기간은 _____일이다.

5. 월경은 _____(개월/년) 전에 중단된 상태이다.

6. 월경이 중단된 이유는

- 자연적으로 수술로 인해
 방사선이나 약물치료에 인해
 기타 _____

7. 유산의 경험이 있으십니까

- 인공유산 _____회
 자연유산 _____회

8. 피임은 어떤 방법으로 하고 있습니까?

(모두 표시 하세요)

- 피임약 개월간
 자궁내 장치(루프) 콘돔
 질외사정 불임수술
 하지 않는다.
 기타 _____

9. 마지막 생리시작일은 언제입니까?

성명 :

연락처 :

검진일자 :

원하시는 영양식을 체크해 주세요.



※ 빵과 커피는 1층 탐앤탐스에 쿠폰을 제시하시면 이용 가능합니다.

성명 :

연락처 :

검진일자 :

원하시는 영양식을 체크해 주세요.



※ 빵과 커피는 1층 탐앤탐스에 쿠폰을 제시하시면 이용 가능합니다.