

암검진 문진표

수검자성명		주민등록번호		전화번호	자택	
					핸드폰	
[<input type="checkbox"/>] 건강보험가입자 [<input type="checkbox"/>] 의료급여수급권자			E-mail 주소			
			건강검진 결과통보서 수령방법		[<input type="checkbox"/>] 우편 [<input type="checkbox"/>] E-mail	
주 소						우편번호

※ 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?

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타 (_____ 암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

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

