

## 내시경 주의사항

1. 위내시경 준비사항
  - 검진 전날 저녁 10시 이후에는 물, 껌, 담배 등을 포함해서 아무것도 드시면 안됩니다.  
단, 양치질은 괜찮습니다.
2. 대장내시경 준비사항
  - 대장내시경 검사는 장 준비가 매우 중요하므로 별도의 「대장내시경을 위한 식이조절 가이드」를 참고 하십시오.
  - 검사 시 필요에 따라 조직 생검을 시행할 수 있으며 비용이 추가될 수 있습니다.
  - 수면내시경 검사자는 검진 당일 자가 운전 및 중요한 일정은 금하시기 바랍니다.  
(수면내시경 선택시 보호자 동행을 원칙으로 합니다.)
3. 검진 당일 혈압이 높은 경우 의사의 판단하에 내시경 검사가 취소될 수 있습니다.

## 복용 약제 관련 주의 사항

1. 평소에 고혈압이나 심장병으로 매일 약을 드시던 분은 적은양의 물로 약을 드십시오.
2. 당뇨병이 있는 분은 검진 당일 아침에는 약을 드시지 마시고 접수 시 알려주십시오.
3. 복용중인 약이 있을 경우, 약물명을 반드시 방문 전에 알려주십시오.  
약의 종류에 따라 검사가 취소될 수 있습니다.
4. 아스피린이나 항혈액응고제는 내시경 조직검사시 지혈에 영향을 줄 수 있으므로 투약 중지 여부를 주치의와 상의하시기 바랍니다.

## 검진 당일 주의사항

1. 평소와 같은 생활을 하시고 심한 운동이나 음주, 과식, 과로 등을 피하십시오.
2. 동봉한 문진표는 진료시에 사용되오니 신중히 작성해서 가지고 오시기 바랍니다.
3. 대변은 미리 받아 동봉한 채변용기에 콩알 크기 정도(용기의 1/3정도)를 넣어 시원한 곳에 보관하셨다가 가지고 오십시오.
4. 검진비용은 검진받는 당일에 납부하시고 현금, 수표 및 신용카드 결제가 가능합니다.
5. 임신 또는 생리중인 여성분은 사전에 말씀해 주십시오.
6. 예약 시간을 꼭 지켜주시고, 가능하면 귀중품은 소지하지 마십시오.
7. 검진 당일 대변을 보고 오십시오.

## 기타 주의사항

1. 개인적인 사정으로 예약을 변경하실 경우 적절한 시기에 재예약하여 드립니다.
2. 검진일과 결과 상담 진료일에 한하여 병원 주차장을 이용하실 수 있습니다
3. 검진결과는 검진일로부터 7~10일 후에 확인하게 됩니다.
4. 준비물 : 문진표, 채변용기

## 건강검진 문진표

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

### 질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오
<b>수술여부</b>	예	아니오	<b>수술명</b>	
<b>복용중인 약물(직접기입)</b>			<b>치료중인(받은)질병</b>	

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

뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름

### 흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요)  
 ② 예, 지금은 끊었음 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)  
 ③ 예, 현재도 흡연 중 (☞ 4-2번 문항으로 가세요)

4-1. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?	총 _____년
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?	_____개비

4-2. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 _____년
평균 하루 몇 개비를 피우십니까?	_____개비

5. 전자담배를 사용한 경험이 있습니까? ① 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요) ② 아니오

5-1. 최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

### 음주

※지난 1년간

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ( )번  
 ② 한 달에 ( )번  
 ③ 1년에 ( )번  
 ④ 술을 마시지 않는다.

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	CC
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

### 신체활동(운동)

7-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ( )일

\* 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ( )일

\* 7번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주시요.

\* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

주당 ( )일

### 카페인 음료(커피) 관련 문항

10. 아래 문항을 읽고 해당되는 음료를 최근 1주일간 평균 하루 몇 잔을 마셨는지 작성하여 주십시오.

원두커피 (핸드드립, 에스프레소, 아메리카노 등)	믹스커피 (1회용 커피)	녹차	고카페인 음료 (캔커피, 레드불, 핫식스 등)	기타 ( )
_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루	_____잔/하루



## 건강검진 추가 문진표

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시오.

### 노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예                      ② 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

- ① 예                      ② 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예                      ② 아니오

### 정신건강검사(우울증) 평가도구(만40세, 50세, 60세, 70세)

#### 한글판 Patient Health Questionnaire-9 : PHQ-9

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 위해서는 병원에서 진료를 받아 볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

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

