



**2. B형 간염 예방접종은 실시하셨습니까?**

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모르겠다

**3. B형 간염 항체는 형성 되었습니까?**

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모르겠다

**4. 귀하의 음주습관은 어떠하십니까?**

- ☐ 일주일에1~2회 이하 ☐ 일주일에3~4회 ☐ 거의 매일 마신다 ☐ 않는다

**5. 귀하는 담배를 어느 정도 피우십니까?**

- ☐ 피우지 않는다 ☐ 하루에 반갑 이하 ☐ 하루에 1갑  
☐ 하루에 1갑 이상 ☐ 과거에 피웠으나 끊었다

**6. 다음 자각증상 ☐에 V표기를 빠짐없이 기재하여 주십시오.  
자각증상이 있으시면 증상에 대해 구체적으로 기입하여 주십시오.**

- |                                       |                            |                              |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| ① 최근 1년동안 3kg 이상의 체중변화 증가 또는 감소가 있었다. | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ② 평소 기침과 가래가 많이 나온다.                  | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ③ 가슴통증, 숨참 증상이 있다.                    | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ④ 상복부 또는 명치에 가끔 통증이 있다.               | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑤ 위염으로 현재 약물 복용중이다.                   | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑥ 대변이 짜장같이 까맣게 나오는 일이 자주 있다.          | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑦ 변비나 설사 증상이 자주 있다.                   | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑧ (여성에 한함)현재 생리중이다.                   | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑨ (여성에 한함)평소 생리가 불규칙하다.               | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |

※ 자각증상이 있는 경우 증상기재 :