

## 문진표

성명		주민등록번호	-	휴대폰번호	
----	--	--------	---	-------	--

■ 아래 해당 □에 V 표시를 빠짐없이 기재하여 주십시오.

### 1. 과거나 현재에 아래와 같은 질환을 앓았거나 치료받은 적이 있습니까?

앓았던 질환이 있으시면 치료년도 및 병명을 꼭 기입하여 주십시오.

- |                        |                               |     |                              |
|------------------------|-------------------------------|-----|------------------------------|
| ① 폐결핵                  | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ② 고혈압, 심장병(병명: )       | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ③ 당뇨병                  | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ④ 요통                   | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑤ 중이염                  | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑥ 간기능                  | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑦ B형 간염                | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑧ 신장질환 (병명: )          | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑨ 성병                   | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑩ 빈혈                   | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑪ 피부질환 (병명: )          | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑫ 직업병 (병명: )           | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑬ 뇌졸중                  | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑭ 암 (병명: )             | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑮ 위장질환(위염, 위궤양 등)      | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ⑯ 기타 입원 또는 약물치료 (병명: ) | <input type="checkbox"/> 예( ) | 년도) | <input type="checkbox"/> 아니오 |

----- 뒷면 작성 -----

**2. B형 간염 예방접종은 실시하셨습니까?**

예

아니오

모르겠다

**3. B형 간염 항체는 형성 되었습니까?**

예

아니오

모르겠다

**4. 귀하의 음주습관은 어떠하십니까?**

일주일에 1~2회 이하

일주일에 3~4회

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 :