

문진표 (공통)

Korea Medical Foundation

■ 문진표 작성방법 (사전 작성 후 내원시 지참하시기 바랍니다.)

- 아래 사항을 읽고 해당번호 또는 항목이 있는 □안에 V 또는 ■표시해 주십시오.

성명	필수항목 기재	<p>■ 여성분만 해당 사항을 체크해 주십시오.</p> <p>금일 진행되는 검사에 태아에 영향을 미치는 방사선검사가 있습니다.</p> <p>1. 결혼을 하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>2. 임신 가능성이 있거나 임신중이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>3. 모유 수유 중 이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>3-1. 만약, 단유 하셨다면 1년이 지났습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>5. 현재 생리 중 이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>6. 마지막 생리기간은 언제였습니까? _____ 년 월 일 ~ _____ 년 월 일</p> <p>7. 검사를 진행해도 되겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
주민번호	필수항목 기재 - 뒷번호도 필수 기재	
사업장명	필수항목 기재	
부서		
가족의 경우	직원 _____ 의 _____	
연락처	핸드폰: 필수항목 기재	
	일반전화: _____	
이메일주소		
결과수신	<p>필수선택 한가지만 선택하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 내원</p>	
주소 (결과수령지)	(_____ - _____)	

※ 국민건강보험공단에서 실시하는 일반검진과 특정암 검진은 당해년도 1회만 비용이 지원되기에 이중수검시 국민건강보험공단에서 본인에게 비용을 환수하게 됨을 알려드립니다.

※ 공단 검진 대상자의 경우 국민건강보험공단에서 실시하는 전체검진항목(일반,특정암)을 종합검진과 동시에 진행하며 공단신고 및 비용청구하는 것에 동의 하십니까?

위와같이 공단신고 및 비용청구하는 것에

동의함/거부함

성명:

필수항목 기재

(서명)

※ 추후 의료영상물 CD가 필요한 경우 비내원 발급에 동의하십니까?

동의하신 경우 추후 발급요청시 유료이며, 본인 확인절차를 거친 후 기재하신 주소지로 우편발송 해 드릴수 있습니다.
비동의시에는 필요시 내원하셔서 신청 후 발급 받으실 수 있습니다.

☐예 ☐아니오

년

월

일

필수항목 기재

(서명)

개인정보 수집 및 이용 동의서

1. 한국의료재단에서는 귀하의 개인정보를 다음과 같은 목적으로 수집 및 이용합니다.

가) 건강검진 등의 서비스 제공

나) 사후관리, 진료의뢰 등의 서비스 제공 (문자발송, 이메일발송 등)

다) 검진예약 등의 회원 서비스 제공

라) 의료법, 건강검진기본법 등 관련법에 의거한 정보 제공

2. 정보 수집 범위 : 성명, 주민번호, 주소, 일반전화, 휴대전화, 이메일, 회사명, 부서명, 직책, 검진결과

3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 10년 (의료법 시행규칙 제15조 진료에 관한 기록의 보존에 따름)

4. 귀하의 개인정보는 '의료법' 및 '개인정보보호법' 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

(한국의료재단과 구강검진 분야 협력치과인 상래한 유치과에서 구강검진을 받으실 경우, 치과 접수를 위한 정보를 제공합니다.)

(외부 수탁검사 의뢰시 성명, 성별, 주민번호(앞번호) 정보를 제공합니다.)

5. 예약, 진료, 사후관리, 상담, 청구 등의 목적을 위해 한국의료재단 내에서 개인정보를 공유합니다.

6. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 진료 외 위의 서비스는 받을 수 없습니다.

위와 같이 개인정보 수집 및 이용에

동의함

성명:

필수항목 기재

(서명)



한국의료재단

IFC
종합검진센터

문의전화 | 1544-2992

주소 | 서울시 영등포구 국제금융로 10 국제금융센터 Two IFC 4,5층

I. 건강검진 전일 준비사항

1. 건강검진 2~3일 전부터 음주, 흡연, 과로를 피하고 충분한 휴식을 취하십시오.
2. 건강검진 **전날 저녁식사는 검진 12시간 전에** 간단히 마무리 하시고 가급적 기름진 음식, 우유, 유지방, 라면, 커피, 음료수 등은 피해 주시기 바랍니다.
3. 자정 이후부터는 물을 포함하여 금식하여 주십시오. (단, 치료 목적으로 복용중인 약과 대장약 제외)
4. 기타 약을 복용하시는 경우 상담 후 검진을 진행해 주시고, 검진 당일 처방전을 지참하여 주시기 바랍니다.
5. 최근 치과 치료 중이거나, 흔들리는 치아, 틀니가 있는 분은 미리 직원에게 알려주십시오.
(치아 손상의 우려가 있는 경우 위 내시경 검사가 제한될 수 있습니다.)
6. 건강검진 일정 변경을 원하시는 경우 검진 예정일 3일 전까지는 변경하여 주시기 바랍니다.
(Tel. 1544-2992)

II. 건강검진 당일 준비사항

1. 당뇨약을 복용중인 고객님의께서는 건강검진 당일 아침 인슐린주사, 또는 당뇨약 복용을 금합니다.
2. 하복부 (전립선/자궁) 초음파 검사의 경우 검사의 정확도를 높이기 위해 **검진 당일 아침 소변을 참고 내원하시기 바랍니다.**
3. 문진표와 검사 동의서는 사전에 작성하여 지참해 주시기 바라며, 원활한 검사 진행을 위해 예약 시간을 엄수해 주시기 바랍니다.
4. 수면 내시경 검사를 받으시는 고객님의께서는 당일 자가운전이 불가하니 대중 교통을 이용해 주시기 바랍니다.
5. 귀중품 휴대 및 어린이 동반은 금합니다.

III. 여성 주의사항

1. 가임기의 모든 여성 고객님의께서는 검진 예약 전 자신의 생리주기를 점검하여 반드시 **임신여부를 확인하시기 바랍니다.**
2. 부인과 검사, 소변 검사의 정확도를 높이기 위해 생리 종료 후 5~7일 이내에 검진을 받으시는 것이 가장 적합합니다.
(단, 생리 주기로 인해 당일 받지 못한 검사는 만 6개월 이내에 재방문하여 검진 가능합니다.)
3. 자궁 세포진 검사를 받으시는 고객님의 경우 검진 24시간 내 부부관계 및 질정, 크림 사용을 금하십시오.
4. 수유중인 고객님의 경우 수면 내시경 검사 후 6시간 동안은 수유를 금합니다.
5. 만 35세 이상인 수진자는 1년에 1번만 유방 X선 촬영을 받으시길 권해드리며, 1년이 안되신 분들 중 유소견이 있으신 분들은 결과지를 지참하여 내원하시기 바랍니다.

통합의료정보시스템 안내

한국의료재단 IFC 종합검진센터의 **통합의료정보시스템**은 접수, 검진에 따른 문진표, 락카키, 검진 파일을 하나의 태그로 구현한 검진 진행시스템으로 각 실별 대기자 모니터, 다음 검진 순서를 안내하는 안내 모니터, 키오스크와 플로어매니저의 PDA를 통해 남은 검사항목, 검사실별 인원, 검사내용 확인 등이 가능한 **과학적 검진 진행 시스템**입니다.

건강검진 공통문진표

※검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.



질환력(과거력, 가족력)

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

질병명	뇌졸중 (중풍)	심근경색 / 협심증	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타 (암 포함)
진 단	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오
약물치료	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오

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

질병명	뇌졸중(중풍)	심근경색 / 협심증	고혈압	당뇨병	기타(암 포함)
	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오	예 / 아니오

3. B형 간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ②아니오 ③모름



흡연 및 전자담배

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

- ① 아니오 (▶ 5번 문항으로 가세요) ② 예 (▶ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	흡연했을 때 하루평균 ____개비	끊은지 ____년

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예) 아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있습니까?

- ① 아니오 (▶ 6번 문항으로 가세요) ② 예 (▶ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	흡연했을 때 하루평균 ____개비	끊은지 ____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ② 아니오 ① 예 (▶ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

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

건강검진 공통문진표

※검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.



음주

※지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

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

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

*잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오 (술 종류는 복수응답 가능. 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

*잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오 (술 종류는 복수응답 가능. 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				



신체활동 (운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체 활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

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

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

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체 활동을 며칠 하십니까? 주당 ()일

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

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

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ()시간 ()분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

암검진 문진표



암검진(공통) 관련 문항

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

☐ 예 (증상: _____) ☐ 아니오

2. 지난 6개월 간 특별한 이유없이 5kg 이상의 체중 감소가 있었습니까?

☐ 아니오 ☐ 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
폐암	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 (암)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검사시기			
		10년 이상 또는 한적 없음	1년 미만	1년 이상~2년 미만	2년이상~10년 미만
위암	위장 조영 검사 (위장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	위내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
유방암	유방촬영	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대장암	분변 잠혈 반응 검사 (대변 검사)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장 이중 조영 검사 (대장 X선 촬영)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	대장 내시경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자궁경부암	자궁 경부 세포 검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
폐암	흉부 CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간암	간 초음파	한적 없음	6개월 이내	6개월에서 1년 사이	1년보다 오래 전에
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

암검진 문진표



위암, 대장암, 간암, 폐암 관련 문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?

질환명	위궤양	위축성 위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문 질환이 있으십니까?

질환명	대장용종	궤양성대장염	크론병	치질 (치핵, 치열)	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 간(肝)질환이 있으십니까?

질환명	B형간염바이러스보유자	만성 B형 간염	만성 C형 간염	간경변	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있습니까?

질환명	만성폐쇄성폐질환(만성기관지염, 폐기종 등)	폐결핵	폐결절	간질성 폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



유방암 및 자궁경부암 관련 문항 (여성분들만 작성해 주십시오.)

9. 월경을 언제 시작하셨습니다?

☐ 월경 했음 (만 _____ 세) ☐ 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

☐ 아직 월경이 있음 ☐ 자궁적출술을 하였음 ☐ 폐경 되었음 (폐경 연령 : 만 _____ 세)

11. 폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

☐ 호르몬 제제를 복용한 적 없음 ☐ 2년 미만 복용
☐ 2년 이상 ~ 5년 미만 복용 ☐ 5년 이상 복용 ☐ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산 하셨습니다?

☐ 1명 ☐ 2명 이상 ☐ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유 기간은?

☐ 6개월 미만 ☐ 6개월 ~ 1년 미만 ☐ 1년 이상 ☐ 수유한 적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있으십니까?

(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다)

☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모르겠음

15. 피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있으십니까?

☐ 피임약을 복용한 적 없음 ☐ 1년 미만 복용 ☐ 1년 이상 복용 ☐ 모르겠음

정신건강검사(우울증) 평가도구

50년, 60년, 70년, 80년, 80년, 90년, 00년생만 작성

※추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.

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 경우에는우울증의 가능성이 높으므로,
더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한흥미나 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 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

인지기능장애 평가도구

만 66세 이상 2년 마다/ 55년 이전 짝수년(54년, 52년, 50년...) 출생자만 작성

※추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.

Korean Dementia Screening Questionnaire – C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다.

아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오.

(동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire – C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다.			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다.			
3. 같은 질문을 반복해서 한다.			
4. 약속을 하고서 잊어버린다.			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다.			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다.			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다.			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다.			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다. (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다.			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다.(세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다.			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다.			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다. (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다.			
점 수	/ 30		

건강보험공단 검진 항목 안내

항목구분	검진항목(대상연령 등)		
공통항목	진찰 및 상담, 신체계측, 시력·청력검사, 흉부방사선 검사, 혈액검사(혈색소, 공복혈당, AST, ALT, γ -GTP, 혈청크레아티닌, e-GFR), 요검사, 구강검진		
성·연령별 항목	혈액검사 (이상지질혈증)	남성 만24세 이상, 여성 만40세 이상 (4년에 1회)	남성(만24세, 28, 32 ...) 여성(만40세, 44, 48 ...)
	B형간염항원, 항체	만 40세	면역자, 보균자는 제외
	골밀도 검사	만 54세, 66세 여성	
	인지기능장애	만 66세 이상(2년에 1회)	만66세, 68, 70 ...
	정신건강검사(우울증)	만20, 30, 40, 50, 60, 70세	
	생활습관평가	만 40, 50, 60, 70세	
	노인신체기능검사	만 66, 70, 80세	
	치면세균막검사	만 40세	구강검진 항목

◆ 일반검진 대상자 안내

일반 건강검진

- 지역세대주 : 짝수년도 출생자
- 직장근로자 : 비사무직 (전체), 사무직 (격년제 실시에 따른 대상자)
- 지역세대원, 직장피부양자 : 짝수년도 출생자 중 만20세 이상자

◆ 일반건강검진의 주요 안내사항

- ◎ 일반건강검진의 검사항목이 2018년도부터 **성·연령별로 세분화**되어 검사항목별 대상연령과 주기가 변경되었습니다.
(위 **검진항목*** 참조)
- ◎ 일반건강검진 **전년도 미수검자 추가 등록시 공통항목만 실시** 가능합니다.
- ◎ 일반건강검진 결과 고혈압·당뇨병 질환의심자는 가까운 병·의원(상급종합병원, 종합병원은 제외)에서 확진검사를 받을 수 있습니다.
 - 진료와 검사 1회에 한하여 공단이 전액 부담
(지정된 검사 외 추가 검사는 본인부담비용 발생)
 - 실시기간 : 익년도 1월 31일까지

암검진 단계별 검사절차

구분	검사항목
위암	 <p>40세 이상 대상자</p> <p>위내시경 검사가 어려운 경우, 위장조영 검사 선택적으로 시행</p> <pre> graph LR A[위내시경 검사] --> B[조직 검사] C[위장조영 검사] --> A D[암 의심자] --> C </pre>
대장암	 <p>50세 이상 대상자</p> <p>대장내시경 검사가 어려운 경우, 대장 이중조영 검사 선택적으로 시행</p> <pre> graph LR A[분변잠혈 검사(FOBT)] --> B[대장 내시경 검사] A --> C[대장 이중조영 검사] B --> D[조직 검사] E[대장용종 또는 암 의심자] --> B F[반응있음] --> B </pre> <p>▶ 분변잠혈 검사(대변검사) 채취방법 채변통에 변을 받아서 하는 검사로, 대변의 3곳 이상을 깊이 찌러서 충분한 양의 분변을 깨끗한 채변통에 담아 서늘한 곳이나 냉장보관 하셨다가 검진기관에 제출하시면 됩니다.</p> <p>▶ 주의사항 분변잠혈 검사(대변검사)를 실시하지 않고 대장 내시경 또는 대장 이중조영 촬영 검사를 받은 경우에는 검사비용을 전액 본인이 부담하셔야 합니다.</p> <p>※ 대장내시경은 분변검사 후 소견에 따라서 양성자(이상자)만 실시(검사비용, 대장약값 국민건강보험공단에서 부담)</p>
간암	 <p>40세 이상 대상자</p> <p>간 초음파 검사 + 혈청 알파태아단백 검사</p> <p>▶ 고위험군 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 간경변증 2. B형 간염 바이러스 항원 양성 3. C형 간염 바이러스 항체 양성 4. B형 또는 C형 간염 바이러스에 의한 만성 간질환 환자 <p>▶ 주의사항 간암은 고위험군에서 주로 발생하므로 본인이 해당되는지 평소 확인하시고 건강관리에 힘써주시기 바랍니다.</p> <p>※ 공단검진 외에 별도로 받은 간염 검사 결과 B형 또는 C형 간염보균자는 검사 결과서를 공단에 제출하시면 지속적으로 간암 검사 대상으로 적용 받으실 수 있습니다.</p>
유방암	<p>유방촬영 ▶ 2년마다 유방 촬영 검사</p> <p>※ 유방 촬영술은 유방질환의 진단에 있어 무증상 조기 유방암을 발견하는 가장 필수 기본적인 방법으로 유방 압박으로 인한 고통이 수반될 수 있습니다.</p>
자궁경부암	<p>자궁경부 세포 검사 ▶ 2년마다 자궁경부 세포 검사</p> <p>※ 자궁적출술을 받았거나 성경험이 없으신 분은 검사 전에 반드시 검진의사와 상담하시기 바랍니다.</p>

건강검진 사후 관리를 위한 결과활용 동의서

* 정보제공에 동의하는 검진종별에 ☒ 하시기 바랍니다.

[☐ 일반건강검진 (의료급여생애전환기검진 포함), ☐ 암검진]

본동의서는

- 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함) 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다)은 해당 검진자료를 제공하고 보건소는 공단에 건강관리서비스내역을 제공하는 것과
- 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 국립암센터 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것과
- 일반건강검진 결과 폐결핵이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리본부 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

* 건강관리서비스: 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터 (1577-1000) 나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인 확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

- 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.
 - ① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리본부, 공단
 - ② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리, 폐결핵 관련 사후관리
 - ③ 제공하는 개인정보 항목
 - 공단 → 보건소: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료
 - 보건소 → 공단: 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역
 - 공단 → 국립암센터 및 보건소: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료
 - 공단 → 질병관리본부 및 보건소: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 흉부방사선 촬영결과 및 폐결핵 관련 문진자료
 - ④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년
 - ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

- 검진정보, 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로 부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

- 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로 부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

전체 동의함 ☐

		년	월	일
동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명 (기호)		의료법인한국의료재단아이에프씨의원 (12357898)		

당신의 미래를 위해 오늘의 당신을 진단합니다.

지하철 이용시



- 지하철 여의도역 3번출구에서 지하 무빙워크를 통해 IFC MALL(L2)과 직접 연결됩니다.
- IFC MALL 입구에서 보이시는 엘리베이터를 이용하셔서 L1으로 올라오시기 바랍니다.



- 엘리베이터에서 내리신 후 우측으로 돌아서서 100m 전진합니다.
- 더일마와 자라사이로 들어오신 후 엘리베이터나 에스컬레이터를 이용하셔서 Two IFC 로비(GL)로 올라와 주시기 바랍니다.

버스 이용시

- 여의도 환승센터 정류소 하차 후 **TWO IFC 5층**으로 오시면 됩니다.

자가 운전시

수면내시경

검진 당일 운전이 불가능하오니 대중교통을 이용하시기 바랍니다.

주차장

지하주차장 진입시 **그린존(Green Zone) P22~33**으로 이동하여 주차하시기 바랍니다.

