

# 암검진 문진표

수검자 성명	주민등록 번호	전화번호	자택 핸드폰
주소 (우 - )		□건강보험가입자 □의료급여수급권자	
		E-mail	

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부, 국립암센터 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

## 암검진(공통) 관련문항

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용에 'O' 표시해 주십시오

- 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?  
① 예 (증상: \_\_\_\_\_) ② 아니오
- 지난 6개월 간 특별한 이유없이 5kg이상의 체중감소가 있었습니까?  
① 아니오 ② 체중감소 ( \_\_\_\_\_ kg)
- 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
위 암							
유방암							
대장암							
간암							
자궁경부암							
폐암							
기타(____암)							

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?(O, X 표기)

검사명	검사시기				
	10년이상 또는 한번없음	1년미만	1년이상~ 2년미만	2년이상~ 10년미만	
위암	위장조영검사(위장 X선 촬영)				
	위내시경				
유방암	유방촬영				
대장암	분변잠혈반응검사(대변검사)				
	대장이종조영검사 (대장 X선 촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
폐암	흉부 CT				
간암	간초음파	한번없음	6개월 이내	6개월~ 1년사이	1년보다 오래전에

## 위암, 대장암, 간암, 폐암 관련문항

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있습니까?

질환명	위궤양	위축성위염	장상피화생	위용종	기타	없음
질환유무						

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있습니까?

질환명	대장용종 (폴립)	궤양성대장염	크론병	치질 (치핵,치열)	기타	없음
질환유무						

7. 현재 또는 과거에 진단받은 간(肝)질환이 있습니까?

질환명	B형간염 바이러스보유자	만성B형간염	만성C형간염	간경변	기타	없음
질환유무						

8. 현재 또는 과거에 진단받은 폐질환이 있습니까?

질환명	만성폐쇄성 폐질환	폐결핵	폐결절	간질성폐질환	진폐증	기타	없음
질환유무							

## 유방암 및 자궁경부암 관련문항

(여성분들만 응답해 주세요)

9. 월경을 언제 시작하셨습니다?

- ① 만 \_\_\_\_\_ 세 ② 초경이 없었음

10. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?

- ① 아직 월경이 있음 ② 자궁적출술을 하였음  
③ 폐경되었음 (폐경연령: \_\_\_\_\_ 세)

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

- ① 복용한 적 없음 ② 2년 미만 ③ 2년이상~5년미만  
④ 5년 이상 복용 ⑤ 모르겠음

12. 자녀를 몇 명 출산하셨습니다?

- ① 1명 ② 2명 이상 ③ 출산한 적 없음

13. 모유수유 여부 및 총 수유기간은?

- ① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한 적 없음

14. 과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?(양성종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹,덩어리 등을 말함)

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

15. 현재 또는 과거에 피임약을 복용하신 적이 있습니까?

- ① 피임약을 복용한 적 없음 ② 1년 미만 복용  
③ 1년 이상 복용 ④ 모르겠음