

신체검사 문진표

※ 본 문진표는 신체검사 담당군요원이 정확한 진찰 및 판정을 위한 중요한 자료가 되므로 빠짐없이 정확하게 기재하여 주십시오.
 ※ 과거력 및 현증상 관련 정보를 미기재, 누락 또는 허위기재하고, 추후 해당 질환, 증상 발현 시 재검 또는 신체급수 변경에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있음을 알려드립니다.

(개인정보 수집·이용 등 동의) 귀하께서는 개인정보(생년월일, 성명) 및 문진내용의 수집·이용에 동의합니까?

※ 수집된 내용은 신체검사 실시 및 군 장병 건강관리 정책 수립을 위한 기초자료로 사용됩니다. 예 아니오

인적사항 ↑ 현역 / 군무원 / 생도 일자 : 20XX년 XX월 XX일

소속	생년월일(6자리)	등록번호(군번/순번)	연락처	성별	성명
OO대 학군단	99.06.23	12-56789	010-1234-5678	남 / 여	김국방

※ 해당되는 번호에 √(체크) 하십시오. → 본인 해당항목에 빠짐없이 기입!!

과거력	
1	(과거력) 과거에 진단받거나 치료받은 질환이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 있음 (질환명 :)
2	(입원) 과거에 입원한 적이 있습니까? ① 없음 <input checked="" type="checkbox"/> ② 있음 (질환명 : <u>우측아킬레스건 파열</u> /년도 20XX)
3	(수술) 과거에 수술받은 적이 있습니까? ① 없음 <input checked="" type="checkbox"/> ② 있음 (질환명 : <u>우측아킬레스건 재건술</u> /년도 20XX)
4	(여행력) 최근 1개월 내 해외여행을 다녀온 경험이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 있음 (국가명 : /기간)
5	(가족력) 가족 중 다음 질환이 있거나 사망한 경우가 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 암 ③ 고혈압 ④ 당뇨 ⑤ 결핵 ⑥ 간질환 ⑦ 천식 ⑧ 심장질환
현증상	
6	(내과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 급격한 체중변화 ③ 발열 ④ 식은 땀 ⑤ 과도한 땀흘림 ⑥ 쉽게 피곤함 ⑦ 쉽게 코피가 나고 멍이 들 ⑧ 몸이 자주 부음
7	(내과/외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 소화불량(메스꺼움/가스 참 등) ③ 속쓰림 ④ 식욕변화 ⑤ 배변습관의 변화 ⑥ 혈변/검은색변 <input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 잦은 설사
8	(내과/흉부외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 호흡곤란 ③ 잦은 기침 ④ 피 섞인 가래 ⑤ 가슴이 두근거림 ⑥ 가슴통증 ⑦ 병역판정 검사 시 잠복결핵검사 양성
9	(내과/흉부외과) 잠복결핵 양성일 경우 치료를 받았습니까? ① 해당 없음(잠복결핵검사 미수검 혹은 음성판정) ② 과거에 (잠복)결핵 양성으로 치료한 적 있어 치료받지 않았다. ③ 치료를 원하지 않아 치료 받지 않았다. ④ 약물 부작용으로 치료를 중단했다. ⑤ 치료 도중 임의로 중단했다. <input checked="" type="checkbox"/> ⑥ 치료 완료(종결) 판정을 받았다. ⑦ 기타 ()
10	(정신건강의학과/신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 불안하다. ③ 우울하다. ④ 죽고 싶다. ⑤ 잠을 못 잔다.
11	(신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 의식소실 ③ 두통 ④ 팔/다리 이상감각이 있다. ⑤ 자주 어지럽다.
12	(정형외과/신경외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 관절 통증(어깨/골반/무릎 등) ③ 관절 탈골 ④ 관절이 뻣뻣하다. <input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 목/허리 통증 ⑥ 팔/다리로 뻗치는 통증 ⑦ 관절이 붓는다.

13	(안과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 이물감(눈) ③ 물건이 돌로 보임 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 시야/시력 감소/색각이상 ⑤ 자주 재발되는 눈의 염증(포도막염, 결막염) ⑥ 난시
현증상	
14	(이비인후과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 <input checked="" type="checkbox"/> ② 이명/청력감소 ③ 음성변화 ④ 이물감(귀/코/입/목) ⑤ 음식물 삼킴 곤란
15	(비뇨기과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 혈뇨 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 배뇨곤란 ④ 성기주위 이상증상(가려움증, 색깔변화 등)
16	(피부과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 <input checked="" type="checkbox"/> ② 문신 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 흉터 ④ 아토피 피부염 ⑤ 알레르기 ⑥ 백반증
17	(치과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 치통 ③ 양치시 출혈 증상 ④ 시린이 증상 ⑤ 턱관절 장애 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥ 부정교합
18	(산부인과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ※ 여성만 해당 ① 없음 ② 골반통 ③ 하혈(생리기간 이외) ④ 무월경 ⑤ 생리불순 ⑥ 생리과다
19	(기타) 현재 치료받고 있는 질환 또는 복용중인 약물이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 있음 (질환명/약물명 :)
20	(기타) 의사에게 문의하고 싶은 질환 또는 증상이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ① 없음 ② 있음 (질환명/증상 :)
건강행태	
21	(정신건강) 다음 중 본인에게 해당되는 사항이 있습니까? ① 심리적·정신적 문제로 치료 받은 적이 있거나 진단받은 질환이 있다. ② 항정신성 의약품 복용한 경험이 있다. ③ 과거 자살 또는 자해를 시도한 적이 있다. ④ 본드, 부탄가스 등 흡입제에 중독되거나 습관적으로 복용한 경험이 있다. ⑤ 마약, 대마 등 물질을 사용해본 경험이 있다.(술, 담배 제외) <input checked="" type="checkbox"/> ⑥ 해당사항 없음
22	(흡연력1) 흡연을 하고 있습니까? ① 피우지 않는다. <input checked="" type="checkbox"/> ② 과거에 피웠으나 지금은 끊었다. ③ 현재 피운다.
23	(흡연력2) 현재 또는 과거에 흡연을 하였으면 몇 년이나 담배를 피우셨습니까? 총 <u>3</u> 년
24	(흡연력3) 현재 또는 과거에 흡연을 하였으면 하루 흡연량은 얼마입니까? ① 1/2갑 미만 ② 1/2~1갑 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 1~2갑 ④ 2갑 이상
25	(음주력1) 평소 술을 얼마나 자주 마십니까? ① 전혀 안 마신다. <input checked="" type="checkbox"/> ② 가끔 마신다. ③ 대부분 마신다.
26	(음주력2) 술을 마신다면 1회 음주량은? ① 소주 반병 이하 <input checked="" type="checkbox"/> ② 소주 한병 ③ 소주 1병반 ④ 소주 2병 이상
27	(신체활동/운동) 평소 1주일에 몸에 땀이 날 정도의 운동을 어느 정도 하십니까? ① 안함 ② 1~2일 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 3~4일 ④ 5~6일 ⑤ 매일

확인관 (담당군요관) 군요관 확인란이므로 "미작성"

소속	계급	성명	확인(서명)

산부인과 문진표 (해당 문항에 ○표시 하세요)

응시번호 12-345678 성명 이 안 보 나이 22

I. 과거병력

1. 병원에 산부인과 문제로 진료를 받은 경험이 있다. (예, 아니오)

이유(구체적으로) 골반염

2. '산부인과 수술' 경험이 있다. (예, 아니오)

이유(구체적으로) 자궁 물혹제거

3. 임신한 경험이 있다. (예, 아니오)

4. 자궁경부암 백신을 접종했다. (예, 아니오)

II. 월경력

1. 초경나이 : 13 세

2. 최근 마지막 생리 시작일 : 20XX 년 0X 월 16 일

3. 주 기 : 28~32 일

4. 규칙성 : 규칙적 불규칙적

5. 기간 : 4 일

6. 월경 양 : 적음 보통 많음

(생리량이 가장 많은 날 사용하는 패드 량 하루에 6 장)

7. 월경통 : 없음 보통 매우심함 (진통제 복용 유 무)

8. 기타증상 : 음부가려움증 냉 기타 하복통

빈뇨 다모증(또래보다 털이 많다)

생리기간 외 질출혈

9 현재 갖고 있는 내/외과적 질환 : (,)

10. 평소 산부인과적으로 질문사항이 있으면 기재해 주세요.

→