

중구보건소 대사증후군 설문지 (※금식 필수)

성명	(남□ 여□)	생년월일	년 월 일
회사명		휴대전화	

※ 최근 건강검진 결과 작성 [국민건강보험 홈페이지 → 로그인 → 건강검진 대상조회 → 건강검진 결과조회 → 검진결과 목록 → 결과 확인]

건강검진일	검진기관명	혈압	허리둘레	공복혈당	TG (중성지방)	HDL (고밀도 콜레스테롤)

※ 아래는 보건소 직원이 오늘 검사 결과를 작성하는 표입니다.

혈압	신장	체중	허리둘레	공복혈당	TC	TG	HDL	LDL

질환 정보 및 관리

1. 과거 진단받았거나 현재 치료중인 질환에 대하여 모두 ✓표시 하십시오. **해당 없을 시 2번 문항으로**

질 환 명	의사 진단	처방 여부	복약 여부	규칙적 약물복용 중 (1개월 20일이상)	유병기간
고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월
당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월
이상지질혈증(고지혈증)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월
관상동맥질환(협심증,심근경색증)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월
만성콩팥병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()년()개월

1-1. 보유 질환에 대해 정기적으로 진료받고 있는 의료기관은 어디입니까?

정기적으로 진료 받지 않음

정기적으로 진료 받고 있음 진료기관에 ✓하세요. ▶ 보건소 동네 병원 종합병원

1-2. 의사의 처방에 따라 규칙적으로(20일 이상) 약을 복용하고 계십니까? 예 아니오

▶ 약복용을 규칙적으로 못하는 이유 하나만 ✓표시해 주십시오.

- ① 증상이 없음 ② 효과가 별로 없음 ③ 부작용이 나타남 ④ 약 먹는 것을 잊어버림
⑤ 몸에 나쁠까봐 ⑥ 한번 약을 먹으면 평생 먹을까봐 ⑦ 운동, 영양 등으로 고쳐보고 싶어서

혈압 및 혈당 관리

2. 6개월 이내 측정한 혈압 수치를 알고 계십니까?

알고 있음

▶ 혈압측정 횟수를 기록해 주십시오.

모름

• 매일 혹은 매주(주 회) • 매월(월 회) • 가끔(6개월 회)

6개월 이내에 측정한 적이 없음

3. 6개월 이내 측정된 혈당 수치를 알고 계십니까?

<input type="checkbox"/> 알고 있음	▶ 혈당측정 횟수를 기록해 주십시오. • 매일 혹은 매주(주 회) • 매월(월 회) • 가끔(6개월 회)
<input type="checkbox"/> 모름	
<input type="checkbox"/> 6개월 이내에 측정된 적이 없음	

4. 고혈압, 당뇨, 고지혈증 관련 교육을 받은 적이 있습니까? ① 있음 ② 없음

흡연 및 음주

5. 지금까지 살아오는 동안 피운 담배의 양은 총 얼마나 됩니까?

- ① 5갑 미만 ② 5갑 이상 ③ 담배를 피워본 적이 없다. **7번 문항으로**

5-1. 현재 담배를 피우십니까?

- ① 매일 ② 가끔 ③ 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않는다. **5-3번 문항으로**

5-2. 피우시는 담배의 종류는 무엇입니까?

- ① 일반담배(궐련) ② 궐련형 전자담배(아이코스, 글로, 릴 등)
③ 액상형 전자담배(카트리지형, 주입형) ④ 기타 담배()

5-3. 현재 혹은 과거의 평균 흡연량과 흡연 기간은 얼마입니까?

구분	흡연량 및 빈도	흡연 기간 (*금연 기간 제외)
<input type="checkbox"/> 매일 피움(피웠음)	하루 평균 흡연량(갑)	흡연 기간(년)
<input type="checkbox"/> 가끔 피움(피웠음)	하루 평균(개비) / 한달간(일)	흡연 기간(년)

6. 앞으로 담배를 끊을 계획이 있습니까?

- ① 전혀 없다 ② 1개월 안에 ③ 6개월 안에 ④ 언젠가는

7. 최근 6개월 동안의 음주 습관은 어떻게 되십니까?

- ① 마시고 있다 ② 최근 6개월간 전혀 마시지 않았다.

6개월 동안의 음주 횟수	<input type="checkbox"/> 월 1회 미만	<input type="checkbox"/> 월 1회 정도	<input type="checkbox"/> 월 2~4회 정도		
	<input type="checkbox"/> 주 2~3회 정도	<input type="checkbox"/> 주 4회 이상			
1회 음주량	<input type="checkbox"/> 1~2잔	<input type="checkbox"/> 3~4잔	<input type="checkbox"/> 5~6잔	<input type="checkbox"/> 7~9잔	<input type="checkbox"/> 10잔 이상(평균 잔)

신체활동 및 운동

8. 수면 시간을 제외하고, 앉거나 누워있는 총 시간은 어느 정도 되십니까?

하루()시간 ()분

9. 최근 1주일 동안 신체활동을 기록해 주십시오.

직업 관련 신체활동 (일,노동)	고강도 활동: 무거운 것 운반, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등	주(일) 하루(시간 분)
	중강도 활동: 일할 때 빠르게 걷기, 가벼운 것 운반, 청소, 육아 관련 직업	주(일) 하루(시간 분)
생활 관련 신체활동	건거나 자전거 이용: 일하러 갈 때, 쇼핑, 장보기, 예배, 등·하교 등	주(일) 하루(시간 분)
운동 관련 신체활동	고강도 활동: 달리기, 줄넘기, 등산, 농구 시합, 수영, 배드민턴 등	주(일) 하루(시간 분)
	중강도 활동: 빠르게 걷기, 가볍게 뛰기, 웨이트 트레이닝, 골프, 필라테스, 댄스 스포츠, 등	주(일) 하루(시간 분)

9-1. 건강을 위해서 신체활동을 실천할 계획이 있습니까?

- ① 규칙적으로 실천할 생각이 없다.
- ② 규칙적으로 실천할 생각이 있다.
- ③ 규칙적인 신체활동에 가끔 참여하고 있다.
- ④ 6개월 미만 규칙적으로 실천하였다.
- ⑤ 6개월 이상 규칙적으로 실천하였다.

10번 문항으로

9-2. 신체활동을 실천할 계획이 없다면 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 질환으로 인해서 ② 게으름 또는 관심이 없어서 ③ 경제적 여유가 없어서
- ④ 시간적 여유가 없어서 ⑤ 운동할 장소 및 시설이 없어서 ⑥ 기타 ()

비만 및 체중조절

10. 최근 6개월 전과 비교해 보았을 때 몸무게에 변화가 있었습니까?

- ① 변화 없음 (0kg 이상 ~3kg 미만 변화) ② 몸무게 (kg) 감소 ③ 몸무게 (kg) 증가

11. 현재 본인의 체형이 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 마른 편 ② 약간 마른 편 ③ 보통 ④ 약간 비만 ⑤ 매우 비만

12. 최근 6개월 동안 몸무게를 조절하려고 노력한 적이 있습니까?

- ① 줄이려고 노력함 ② 유지하려고 노력함 ③ 늘리려고 노력함 ④ 조절하려고 노력해 본 적 없음

식습관

13. 최근 6개월 동안 아침 식사를 일주일에 몇 회 하셨습니까?

- ① 주 5~7회 ② 주 3~4회 ③ 주 1~2회 ④ 거의 안한다(주 0회)

14. 지난 1주일 동안 실천한 식생활 항목에 ✓ 표시해 주십시오.

실 천 지 침 항 목	예 (주 5회 이상)	아니오 (주 4회 이하)
① 곡류를 다양하게 현미, 잡곡을 섞어서 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 여러 가지 색깔의 채소를 매끼 2가지 이상 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 다양한 제철 과일을 매일 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 우유, 요구르트, 치즈와 같은 유제품을 매일 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 매일 세 끼 식사를 규칙적으로 합니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 밥과 다양한 반찬으로 균형 잡힌 식생활을 합니다(한식 위주)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 짠 음식, 짠 국물을 적게 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 음식을 먹을 때 소금, 간장을 더 넣지 않습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 고기를 먹을 때 기름을 떼어내고 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 튀긴 음식(전이나 부침 포함)을 적게 먹습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. 바람직한 식생활이 되지 않는 이유를 하나만 ✓ 표시해 주십시오.

- ① 경제적으로 힘들어서 ② 식사준비를 도와주는 사람이 없어서 ③ 의지가 약해서
- ④ 치아결손 등의 문제로 씹기가 힘들어서 ⑤ 영양정보를 몰라서 ⑥ 입맛(식욕)이 없어서

정신건강

16. 하루에 보통 몇 시간 주무십니까?

○ 일하는 날 수면시간: ()시간 ○ 일하지 않는 날 수면시간: ()시간

17. 최근 14일 동안 아래 증상들을 얼마나 자주 경험하였는지 ✓ 표시해 주십시오.

최근 14일 동안 나는	없음 (0)	2~6일 (1)	7~12일 (2)	거의 매일 (3)
① 기분이 가라앉거나, 우울하거나 희망이 없다고 느꼈다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 평소 하던 일에 대해 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 잠들기가 어렵거나 자주 깬다 / 혹은 너무 많이 잤다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 평소보다 식욕이 줄었다 / 혹은 평소보다 많이 먹었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 남들이 알아챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려지고 안절부절못했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 피곤하거나 기운이 없었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 내가 잘못했다 / 실패했다 / 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중할 수가 없었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다 / 혹은 자해할 생각을 했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

일반정보

18. 혼인상태	① 기혼(배우자 유) ② 기혼(배우자 무) ③ 미혼
19. 가구원수	① 1인(독거) ② 2인 ③ 3인 ④ 4인 이상
20. 건강보험	① 건강보험(지역/직장) ② 의료급여(1종/2종) ③ 미가입
21. 학력	① 초등학교 ② 중학교 ③ 고등학교 ④ 대학(전문대) ⑤ 무응답
22. 가구소득(월)	① 200만원 미만 ② 200-400만원 미만 ③ 400-600만원 미만 ④ 600만원 이상 ⑤ 무응답

- 설문에 응해주셔서 감사합니다. -

◆ 대시중후군검진과 함께 내 건강 바로찾기 하시고 6개월 후 추구검사일에 뵙겠습니다. ◆

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

- ★ 본 동의서는 서울특별시 주민의 건강 증진을 위하여 시행하고 있는 보건소 건강관리센터(대사증후군 관리)와 관련하여 아래와 같이 보건소 건강관리센터(대사증후군) 관리대상자의 개인정보를 수집·이용 및 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.
- ※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 등 관련 법령에 의거하여 안전하게 관리되고 목적 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용되거나 타 기관에 제공하지 않습니다.
- ※ 동의를 철회하실 때에는 관할 자치구 보건소(중구 보건소, ☎ 3396-6336~8)에 전화하거나 서면 제출 시, 간단한 본인확인을 거쳐 철회가 가능합니다.

▶ 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용 기간
성명, 생년월일, 성별, 주소, 이메일, 휴대폰번호, 전화번호	보건소 건강관리센터사업 운영 대사증후군 관리사업 운영	준영구

- ※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 본 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? **동의함** 동의하지 않음

▶ 민감정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용 기간
설문 정보, 건강상담 정보, 진료 및 검사 정보, 대사증후군 판정정보	보건소 건강관리센터(대사증후군) 관리대상자의 건강 증진관리	준영구

- ※ 귀하는 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 본 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? **동의함** 동의하지 않음

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	제공목적	제공항목	보유·이용 기간
서울시 내 타 자치구 보건소, 서울시 공공보건의료재단	- 보건소 건강관리센터 (대사증후군)관리대상자의 건강이력 확인 - 보건소 건강관리센터 (대사증후군)사업운영 현황 관리	성명, 생년월일, 성별, 주소, 이메일, 휴대폰번호, 전화번호, 설문정보, 상담정보, 진료 및 검사 정보, 대사증후군 판정정보	제공받는 기관은 제공받은 정보를 별도 저장하거나 보유하지 않음

- ※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 본 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? **동의함** 동의하지 않음

년 월 일

동의인: (서명)

중구 보건소장 귀중