[별지 제1호 서식]

신체검사 문진표

※본 문진표는 신체검사 담당군의관이 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 발견 시 재검 또는 신체급수 변경에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있음을 알려드립니다.

□ 인적사항 신검일자 : 년 월 일

소 속	생년월일(6자리)	등록번호(군번/순번)	연락처	성 별 남 / 여	성 명

※ 해당되는 번호에 √(체크) 하십시오.

	과 거 력
1	(과거력) 과거에 진단받거나 치료받은 질환이 있습니까? ① 없음 ② 있음 (질환명 :)
2	(입원) 과거에 입원한 적이 있습니까? ① 없음 ② 있음 (질환명 : /년도)
3	(수술) 과거에 수술받은 적이 있습니까? ① 없음 ② 있음 (질환명 : /년도)
4	(여행력) 최근 1개월 내 해외여행을 다녀온 경험이 있습니까? ① 없음 ② 있음 (국가명 : /기간)
5	(가족력) 가족 중 다음 질환이 있거나 사망한 경우가 있습니까? ① 없음 ② 암 ③ 고혈압 ④ 당뇨 ⑤ 결핵 ⑥ 간질환 ⑦ 천식 ⑧ 심장질환
	현 증 상
6	(내과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 급격한 체중변화 ③ 발열 ④ 식은 땀 ⑤ 과도한 땀흘림 ⑥ 쉽게 피곤함 ⑦ 쉽게 코피가 나고 멍이 듦 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 ⑦ 잦은 설사
8	(내과/흉부외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? 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 해당없음(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. ⑥ 치료 완료(종결) 판정을 받았다.
10	(정신건강의학과/신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 불안하다. ③ 우울하다. ④ 죽고 싶다. ⑤ 잠을 못 잔다.
11	(신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? 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. 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 둘로 보임 ④ 시야/시력 감소/색각이상 ⑤ 자주 재발되는 눈의 염증(포도막염, 결막염) ⑥ 난시 ⑦ 안과 시술 또는 처치(라식, 라섹, 드림렌즈 등 포함)

	현 증 상
14	(이비인후과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 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 ③ 배뇨곤란 ④ 성기주위 이상증상(가려움증, 색깔변화 등)
16	(피부과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ① 없음 ② 문신 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 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? ① 없음 ② 있음 (질환명/약물명 :)
20	(기타) 의사에게 문의하고 싶은 질환 또는 증상이 있습니까? ① 없음 ② 있음 (질환명/증상 :)
	건 강 행 태
21	(정신건강) 다음 중 본인에게 해당되는 사항이 있습니까? ① 심리적·정신적 문제로 치료 받은 적이 있거나 진단받은 질환이 있다. ② 향정신성 의약품을 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) ⑥ 해당사항 없음
22	(흡연력1) 흡연을 하고 있습니까? ① 피우지 않는다. ② 과거에 피웠으나 지금은 끊었다. ③ 현재 피운다.
23	(흡연력2) 현재 또는 과거에 흡연을 하였으면 몇 년이나 담배를 피우셨습니까? 총_____년
24	(흡연력3) 현재 또는 과거에 흡연을 하였으면 하루 흡연량은 얼마입니까? ① 1/2갑 미만 ② 1/2~1갑 ③ 1~2갑 ④ 2갑 이상
25	(음주력1) 평소 술을 얼마나 자주 마십니까? ① 전혀 안 마신다. ② 가끔 마신다. ③ 대부분 마신다.
26	(음주력2) 술을 마신다면 1회 음주량은? ① 소주 반병 이하 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 ③ 3~4일 ④ 5~6일 ⑤ 매일

□ 확인관 (담당군의관)

소속	계급	성명	확인(서명)
국군대구병원	대위	양현욱	