

생활습관평가 결과기록지

성 명		주민등록번호	-
건강검진일		건강검진장소	<input checked="" type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

생활습관평가 결과				
구분(총점)	항 목	평가 및 처방		
흡 연 ____ 점	평 가	<input type="checkbox"/> 비흡연자 <input type="checkbox"/> 과거 흡연자 <input type="checkbox"/> 현재 흡연자 <input type="checkbox"/> 전자담배 단독 사용자		
	니코틴의존도	<input type="checkbox"/> 낮음(0-3점) <input type="checkbox"/> 중간 정도(4-6점) <input type="checkbox"/> 높음(7-10점)		
	처 방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 니코틴 대체요법(껌, 패치, 사탕 등) <input type="checkbox"/> 연계(금연 클리닉 또는 금연 콜센터)		
음 주 ____ 점	평 가	<input type="checkbox"/> 적정음주 <input type="checkbox"/> 위험 음주 <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 의심		
	처 방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물 치료 <input type="checkbox"/> 연계(금주 단체, 금주 클리닉)		
운 동	평 가	<input type="checkbox"/> 신체활동부족 <input type="checkbox"/> 기본 신체활동 <input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동 <input type="checkbox"/> 근력운동부족 <input type="checkbox"/> 근력운동적절		
	처 방	종 류	<input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 <input type="checkbox"/> 수영 <input type="checkbox"/> 등산 <input type="checkbox"/> 에어로빅 <input type="checkbox"/> 스트레칭 <input type="checkbox"/> 근력 운동 <input type="checkbox"/> 기타 () <input type="checkbox"/> 연계	
		시 간	<input type="checkbox"/> 10분 <input type="checkbox"/> 15~30분 <input type="checkbox"/> 30분 이상 <input type="checkbox"/> 기타	
		빈 도	<input type="checkbox"/> 주 1-2회 <input type="checkbox"/> 주 3-4회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상	
영 양 ____ 점	평 가	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량		
	처 방	<input type="checkbox"/> 더 드십시오. (<input type="checkbox"/> 유제품 <input type="checkbox"/> 단백질류 <input type="checkbox"/> 야채와 과일) <input type="checkbox"/> 줄이십시오. (<input type="checkbox"/> 지방 <input type="checkbox"/> 단순당 <input type="checkbox"/> 염분(소금)) <input type="checkbox"/> 올바른 식사습관 (<input type="checkbox"/> 아침 식사 거르지 않기 <input type="checkbox"/> 골고루 먹기) <input type="checkbox"/> 연계(영양 교실)		
비 만	평 가	체질량 지수	허리둘레	
		<input type="checkbox"/> 정상체중 <input type="checkbox"/> 과체중 <input type="checkbox"/> 비만	<input type="checkbox"/> 복부비만	
	처 방	<input type="checkbox"/> 식사량을 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 간식과 야식을 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 음주량과 횟수를 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 외식이나 패스트푸드를 줄이십시오. <input type="checkbox"/> 운동 처방을 참고하십시오. <input type="checkbox"/> 연계(비만 클리닉) <input type="checkbox"/> 기타 ()		
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 바로조치 적극적인 관리 </div>		
문진일		검진(문진) 의사	면허번호	
년	월 일		의 사 명	(서명)
판정일		검진(판정) 의사	면허번호	
년	월 일		의 사 명	(서명)

※ 문진 의사와 판정 의사가 다를 경우 각각 기재함

금연 처방전

수검자 성명

1. 귀하의 흡연 상태

- 과거 흡연자 현재 흡연자

2. 니코틴 의존도

- 낮음 (0-3점) 중간 정도 (4-6점) 높은 정도 (7-10점)

3. 금연 계획단계

- 금연 계획 이전 단계
 금연 계획 단계
 금연 준비 단계
 금연 시도
 금연 유지

금연을 통하여 귀하의 건강과 삶의 질을 한층 높일 수 있습니다.

4. 금연 처방

- 지속적인 금연 상담 및 교육이 필요합니다.
 약물처방 (니코틴 대체 요법 부프로피온 바레니클린)
 국민건강보험공단 금연 치료 프로그램과 연계합니다.
 금연지원 서비스(금연 클리닉 또는 금연 콜센터)에 의뢰합니다.
 기타 :

5. 금단증상 및 흡연충동 극복하기

- 충분한 물을 마십니다.
 껌을 씹거나, 사탕을 먹는 것, 간식을 먹는 것도 도움이 됩니다.
 따뜻한 물로 목욕이나 샤워를 합니다.
 이완이나 명상요법이 도움이 됩니다.
 산책, 금연동기에 대해 다시 생각합니다.
 기타

6. 추가 조치 사항

- 없음 있음

성공적인 금연을 위해서는 주기적인 관리가 필요합니다.

검진 의사 이름 / 서명 :

음주 생활습관 평가 도구

수검자 성명	
<p>본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오.</p> <p>1. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 안 마신다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 1번 이하(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 2~4번(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 2~3번(3점) <input type="checkbox"/> 일주일에 4번 이상(4점) </p> <p>2. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? (아래의 두 곳 중 주로 드시는 술을 선택하여 한 곳에 표시해 주시면 됩니다.)</p> <p>1) 소주</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 반병 이하(0점) <input type="checkbox"/> 1병 이하(1점) <input type="checkbox"/> 1.5병정도(2점) <input type="checkbox"/> 2병정도(3점) <input type="checkbox"/> 2.5병 이상(4점) </p> <p>2) 기타의 술</p> <p style="margin-left: 20px;">양주, 와인은 각각의 술잔으로 계산하십시오. 막걸리는 한 사발을 한 잔으로, 맥주는 캔맥주 1캔 또는 작은 병맥주 1병을 한 잔으로 계산하십시오(생맥주 500cc는 1.3잔으로 계산하십시오).</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 1~2잔(0점) <input type="checkbox"/> 3~4잔(1점) <input type="checkbox"/> 5~6잔(2점) <input type="checkbox"/> 7~9잔(3점) <input type="checkbox"/> 10잔 이상(4점) </p> <p>3. 한 번의 술좌석에서 소주 1병을 초과하거나 맥주 5캔(생맥주 2,000cc) 이상*을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (* 알코올 60g에 해당하는 음주량을 의미한다. / 양주, 와인, 막걸리는 각각의 술잔으로 5잔 이상)</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>4. 지난 1년간, 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>5. 지난 1년간, 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>6. 지난 1년간, 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>7. 지난 1년간, 음주 후 술을 마신 것에 대해 후회한 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>8. 지난 1년간, 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p> <p>9. 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나, 또는 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다(0점) <input type="checkbox"/> 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점) <input type="checkbox"/> 지난 1년 동안에 있었다(4점) </p> <p>10. 가족이나 의사가 당신의 음주에 대해 걱정을 하거나, 또는 '술을 끊거나 줄이라'는 권고를 한 적이 있습니까?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다(0점) <input type="checkbox"/> 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점) <input type="checkbox"/> 지난 1년 동안에 있었다(4점) </p>	
합 계	

금주/절주 처방전

수검자 성명

검진결과 요약

1) 음주생활습관 평가 점수(AUDIT-KR) : _____ 점, 해당 없음

2) 기타 음주에 의해 영향을 받을 수 있는 질환들 유무

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 우울증/불안증 | <input type="checkbox"/> 위장관 질환 |
| <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장 질환 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중(중풍) |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 기타 : |

1. 현재 귀하의 음주 상태는

- 적정 음주 수준입니다. 위험 음주 수준입니다.
 알코올 사용 장애 수준입니다.

2. 금주/절주 처방

1) 적절 음주 상태입니다.

위험음주가 되지 않도록, 현재의 음주습관을 계속 지켜 가시기 바랍니다.

2) 음주습관의 개선이 필요합니다.

위험 음주 수준에 해당하기 때문에

현재 음주 관련 신체적 합병증은 없지만,
적절음주 기준 이내로 음주습관을 바꾸셔야 합니다.

신체적 합병증(간 기능 저하 등)이 회복될 때까지 당분간 금주하셔야 합니다.

알코올 사용장애 수준에 해당하기 때문에

완전히 금주하셔야 합니다.

3) 진료 및 약물 치료가 필요합니다.

알코올 사용장애에 대해 병원진료와 금주보조제 처방이 필요합니다.

신체적 합병증에 대한 병원진료가 필요합니다.

3. 추가 조치 사항

없음 있음

검진 의사 이름 / 서명 :

운동 생활습관 평가 도구

수검자 성명

※ 다음은 평소 일주일 동안 본인이 참여하고 있는 다양한 신체활동 시간과 관련된 질문입니다.

신체적으로 활동적인 사람이 아니더라도 질문에 답해주세요.

‘고강도 활동’은 격렬한 신체 활동으로 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 활동을,

‘중강도 활동’은 중간 정도의 신체 활동으로 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 활동을 말합니다.

1. 우선 본인이 일하는 시간을 생각해 보세요. 일을 돈을 받는 일, 돈을 받지 않고 하는 일, 학교생활 / 교육, 집안 일, 농업, 어업, 목축업, 구직과 같이 현재 하고 있는 것이라고 생각하시면 됩니다. (예: 직업, 학업, 집안일, 봉사활동, 학교 체육 수업 등)

1-1. 본인의 일은 최소 10분 이상 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **고강도 신체 활동**을 포함하고 있습니까? ※ 고강도 신체활동 : 무거운 것을 들어 올리거나 나르는 일(약 20kg 이상), 땅파기, 건설 현장에서 노동, 계단으로 물건 나르기 등

① 예

② 아니오 (1-4번으로)

1-2. 평소 일주일 동안, 일과 관련된 고강도 신체 활동을 며칠 하십니까?
일주일에 ()일

1-3. 평소 하루에 일과 관련된 고강도 신체 활동을 몇 시간 하십니까?
하루에 ()시간 ()분

1-4. 본인의 일은 최소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 **중강도 신체 활동**을 포함하고 있습니까? ※ 중강도 신체활동 : 빠르게 걷기(일하는 중에), 가벼운 물건 나르기, 청소, 육아(목욕시키기, 아이 안아주기 등)

① 예

② 아니오 (2번으로)

1-5. 평소 일주일 동안, 일과 관련된 중강도 신체 활동을 며칠 하십니까?
일주일에 ()일

1-6. 평소 하루에 일과 관련된 중강도 신체 활동을 몇 시간 하십니까?
하루에 ()시간 ()분

2. 앞서 말한 일과 관련된 신체 활동은 제외합니다. 본인이 장소를 이동할 때, 어떻게 하시는지에 대해 묻겠습니다.
※ 장소 이동 시 신체활동 : 일하러 갈 때, 쇼핑 갈 때, 장보러 갈 때, 예배 보러 갈 때, 학교 등·하교 시, 학원 갈 때 등

2-1. 평소 장소를 이동할 때 최소 10분 이상 계속 걷거나 자전거 이용을 하십니까?

① 예

② 아니오 (3번으로)

2-2. 평소 일주일 동안, 장소를 이동할 때 최소 10분 이상 계속 걷거나 자전거 이용을 며칠 하십니까?
일주일에 ()일

2-3. 평소 하루에 장소를 이동할 때 걷거나 자전거 이용을 몇 시간 하십니까?
하루에 ()시간 ()분

3. 앞서 말한 일과 장소 이동 시 신체 활동에 대해서는 제외합니다. 스포츠, 운동 및 여가 활동에 대하여 묻겠습니다.

3-1. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까? ※ 예 : 달리기, 줄넘기, 등산, 농구 시합, 수영, 배드민턴 등

① 예

② 아니오 (3-4번으로)

3-2. 평소 일주일 동안, **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?

일주일에 ()일

3-3. 평소 하루에 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

3-4. 평소 최소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 하십니까? ※ 예 : 빠르게 걷기, 가볍게 뛰기(조깅), 웨이트 트레이닝(근력 운동), 골프, 댄스스포츠, 필라테스 등

① 예

② 아니오 (4번으로)

3-5. 평소 일주일 동안, **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?

일주일에 ()일

3-6. 평소 하루에 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?

하루에 ()시간 ()분

4. 다음은 자는 시간을 제외하고, 일할 때나 집에 있을 때, 장소를 이동할 때, 친구와 함께 할 때에 앉아 있거나 누워 있는 것에 대한 질문입니다. ※ 예 : 책상에 앉아 있기, 친구와 앉아 있기, 자동차·버스·기차를 이용해 이동하기, 책 읽기, 글쓰기, 카드놀이 하기, 텔레비전 보기, 게임 하기(닌텐도, 컴퓨터, 플레이스테이션), 인터넷 사용, 음악감상 등

4-1. 평소 하루에 앉아 있거나, 누워 있는 시간이 몇 시간입니까? 하루에 ()시간 ()분

5. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 **근력 운동**을 한 날은 며칠입니까?

전혀 하지 않음

1일

2일

3일

4일

5일 이상

6. 심장에 문제가 있어서 운동을 할 경우 의사의 권고에 의해서만 하라고 들은 적이 있습니까?

예

아니오

7. 운동을 할 때 가슴에 통증을 느낀 적이 있습니까?

예

아니오

8. 지난달에 운동을 하지 않고 있는 동안에도 가슴에 통증을 느낀 적이 있습니까?

예

아니오

9. 어지럼증이나 의식소실로 인해 균형을 잃은 적이 있습니까?

예

아니오

10. 운동을 바꾼 후에 뼈나 관절에 문제가 생긴 적이 있습니까?

예

아니오

11. 현재 혈압이나 심장문제로 의사로부터 처방을 받고 있습니까?

예

아니오

12. 운동을 하면 안 되는 다른 이유가 있습니까?

예

아니오

운동 처방전

수검자 성명

1. 귀하의 운동 수준은

- 건강을 유지하기에도 부족한 수준입니다.
- 건강을 유지할 수는 있지만 건강을 증진시키기에는 충분하지 않은 수준입니다.
- 건강을 증진시키기에 충분한 수준입니다.

2. 귀하의 건강과 삶의 질을 증진시키기 위해 다음과 같은 운동을 권장합니다.

1) 운동 종류

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 | <input type="checkbox"/> 걷기 | <input type="checkbox"/> 등산 |
| <input type="checkbox"/> 수영 | <input type="checkbox"/> 수중운동 | <input type="checkbox"/> 자전거타기 |
| <input type="checkbox"/> 에어로빅 | <input type="checkbox"/> 댄스 | <input type="checkbox"/> 요가 |
| <input type="checkbox"/> 근력운동 | <input type="checkbox"/> 기타 : | |

2) 운동 시간

- 10분 15-30분 30분 이상 기타 :

3) 운동 횟수

- 1주일에 1-2회 1주일에 3-4회 1주일에 5회 이상

3. 운동을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 비만/과체중 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 관절통/요통 |
| <input type="checkbox"/> 낙상 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

4. 추가 조치 사항

- 없음 있음

검진 의사 이름 / 서명 :

영양 생활습관 평가 도구

수검자 성명			
<p>1. 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵(200ml) 이상 마신다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p> <p>2. 육류, 생선, 달걀, 콩, 두부 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p> <p>3. 김치 이외의 채소를 식사할 때마다 먹는다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p> <p>4. 과일(1개)을 매일 먹는다.(갈아먹는 형태 포함) <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p> <p>5. 튀김이나 볶음 요리를 얼마나 자주 먹습니까? <input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p> <p>6. 콜레스테롤이 많은 식품(삼겹살, 달걀노른자, 오징어 등)을 얼마나 자주 먹습니까? <input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p> <p>7. 아이스크림, 케이크, 과자, 음료수(믹스커피, 콜라, 식혜 등)중 1가지를 매일 먹는다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)</p> <p>8. 젓갈, 장아찌, 자반 등을 매일 먹는다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)</p> <p>9. 식사를 매일 정해진 시간에 한다. <input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점) <input type="checkbox"/> 보통이다(3점) <input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)</p> <p>10. 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까? <input type="checkbox"/> 5종류 (5점) <input type="checkbox"/> 4종류 (3점) <input type="checkbox"/> 3종류 이하(1점)</p> <p>11. 외식(직장에서 제공되는 식사 제외)을 얼마나 자주 하십니까? <input type="checkbox"/> 주 5회 이상(1점) <input type="checkbox"/> 주 2-4회 (3점) <input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)</p>			
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">합 계</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>		합 계	
합 계			

영양 처방전

수검자 성명

1. 현재 귀하의 식생활습관은

- 개선할 점이 많은 상태입니다.
- 보통입니다.
- 질병을 예방하고 건강을 유지할 수 있을 만큼 양호한 상태입니다.

2. 식생활습관 개선 처방

- 매일 1컵 이상의 저지방 우유나 요구르트, 또는 칼슘강화두유를 드십시오.
- 매일 3회 이상 끼니마다 조금씩 콩, 두부, 생선, 육류를 드십시오.
- 매끼 1접시 이상의 나물, 쌈, 샐러드를 드십시오.
- 튀김이나 볶음요리보다는 구이, 찜, 무침요리를 드십시오.
- 육류를 드실 때에는 가능하면 살코기 위주로 드시고 닭과 오리의 껍질은 벗기고 드십시오.
장어나 생선 알, 내장도 자주 드시지 마십시오.
- 아이스크림, 과자, 케이크, 음료수와 같은 단순당으로 이루어진 간식은 삼가십시오.
- 국, 찌개는 국물보다는 건더기 위주로 드시고 젓갈, 장아찌, 조림 등의 짠 반찬 섭취는 줄이십시오.
- 아침을 거르지 마시고 하루 3끼 규칙적인 식사습관을 들이십시오.
- 편식하지 마시고, 매일 곡류, 고기 및 생선류, 채소류, 과일류 우유 및 유제품 등의 식품류를 빠짐없이 골고루 드십시오.
- 가급적이면 외식 횟수를 줄이시고, 외식을 하실 경우에는 너무 짜거나 매운 것, 기름진 것을 피하십시오.

3. 건강한 식생활습관을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 노병 |
| <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) |
| <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 말초혈관질환 |
| <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 비만/과체중 |
| <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

4. 추가 조치 사항

- 없음
- 있음

검진 의사 이름 / 서명 :

비만 생활습관 평가 도구

수검자 성명	
비만생활습관 평가대상자 <input type="checkbox"/> 비대상자 <input type="checkbox"/>	
* 체질량지수 25kg/m ² 이상만 작성해 주십시오.	
◆ 신장 : _____ cm	◆ 체중 : _____ kg
◆ 허리둘레 : _____ cm	◆ 체질량지수 : _____ kg/m ²
1. 현재 체중이 10대 후반이나 20대 초반이었을 때와 비교하여 10kg 이상 늘었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2. 당신은 현재까지 체중감량을 몇 차례나 시도해 보았습니까? <input type="checkbox"/> 전혀 해 본 적이 없다 <input type="checkbox"/> 1~3회 <input type="checkbox"/> 4회 이상 <input type="checkbox"/> 항상 노력하고 있다	
3. 당신은 체중감량을 통해 정상 체중을 지속적으로 유지하는데 관심이 있습니까? <input type="checkbox"/> 별로 관심이 없다 <input type="checkbox"/> 어느 정도 관심이 있다 <input type="checkbox"/> 매우 관심이 있다	

비만 처방전

수검자 성명

◆ 신장 : _____ cm

◆ 체중 : _____ kg

◆ 허리둘레 : _____ cm

◆ 체질량지수 : _____ kg/m²

1. 귀하는

정상체중에 속합니다. 과체중에 속합니다. 비만에 속합니다.

2. 귀하는

복부비만을 가지고 있습니다. 복부비만을 가지고 있지 않습니다.

3. 귀하의 현재 체중으로는 동반 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등)이 발생할 위험이

낮습니다. 보통입니다. 다소 증가합니다.
 어느 정도 증가합니다. 상당히 증가합니다. 매우 증가합니다.

4. 목표 체중

- 귀하의 현재 체중을 1차적으로 (_____)% 까지 낮추는 것을 목표로 합니다.
- 귀하의 1차 목표 체중은 _____ kg입니다.
- 1차 목표 체중 달성기간은 _____ 개월입니다.
- 매달 감량해야 할 체중은 _____ kg입니다.

5. 비만 처방

식사량을 줄이십시오. 간식/야식을 줄이십시오.
 외식과 패스트푸드를 줄이십시오.
(흡연 음주 운동 영양) 처방을 받도록 하십시오.
 귀하는 약물 치료가 필요합니다. 기타 :

6. 체중 감량을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

협심증/심근경색 공복혈당장애/당뇨병 뇌졸중
 고혈압 이상지질혈증(고지혈증) 말초혈관질환
 수면무호흡증 골관절염 요실금
 담낭질환 기타 :

7. 추가 조치 사항

없음 있음

성공적인 체중 조절을 위해서는 정기적인 관리가 필요합니다.

검진 의사 이름 / 서명 :

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 투약이나 조제를 위하여 사용할 수 없습니다.

정신건강검사(우울증) 평가도구

수검자 성명				
<p>지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?</p>				
	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 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 돌아다니고서성거림	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			