

(만일 질문이 너무 개인적인 것이라고 느낀다면 그 항목은 그냥 넘어가시고 의사와 사적으로 의논해도 됩니다.)

중년 훈련 FTTA

훈련생 건강 질문서

기밀 문서(confidential)

성명 : _____ 전화번호 : _____

팩스/전자우편: _____

나이 : _____ 성별 : _____ 인종 : _____ 생년월일 : _____

교회명 : _____ 국적: _____

어떤 질문에나 자세히 답할 것이 있으면 이 질문서의 맨 끝에 써 주십시오.

- 1. 최근에 전체적인 건강이 좋으며 전염병에 걸리지 않았었습니까 ? 예 아니요
- 2. 어떤 약에 대한 알러지가 있습니까 ? 예 아니요
- 3. 어떤 음식에 대한 알러지가 있습니까 ? 예 아니요
- 4. 어떤 곰팡이나 꽃가루나 흡입성분에 대한 알러지가 있습니까 ? 예 아니요
- 5. 어떤 만성 질환이 있습니까 ? 예 아니요
- 6. 당신에게는 어떤 육신적인 기능장애가 있습니까 ? 예 아니요
- 7. 규칙적으로 어떤 약을 먹고 있습니까 ? 예 아니요
- 8. 수술을 한 적이 있습니까 ? 예 아니요
- 9. 아직 해보지 않은 진찰이나 치료를 해보라는 의사의 충고를 받은 적이 있습니까 ? (예를 들어, 만성 기침에 대한 흉부 X-레이, 탈장에 대한 수술) 예 아니요
- 10. 다음 질환을 앓은 적이 있습니까 ?
 - 위궤양 예 아니요
 - 결핵..... 예 아니요
 - 간염..... 예 아니요
 - 심장질환..... 예 아니요
 - 신장질환..... 예 아니요
 - 암..... 예 아니요
 - 고혈압..... 예 아니요
 - 신경쇠약..... 예 아니요
 - 천식..... 예 아니요
 - 다른 중병..... 예 아니요
- 11. 몸이나 정신에 병이 있어 입원한 적이 있습니까 ? 예 아니요
- 12. 지난 3년 이내에 담배나 술이나 습관성 마약을 사용한 적이 있습니까 ? 예 아니요
 담배를 자주 피웠다면, 몇 년간 하루에 몇 갑씩 피웠습니까 ? _____
- 13. 중상을 입어 본 적이 있습니까 ? (채찍에 맞음, 뇌진탕, 골절상) 예 아니요
- 14. 지난 3년 이내에 신체 검사를 한 적이 있습니까 ? 예 아니요
 했다면 검사한 일자와 이유와 결과는 ? _____

15. 지난 3년 이내에 흉부 X 선 검사를 한 적이 있습니까 ? 예 아니오
 했다면 검사한 일자와 이유와 결과는 ? _____
16. 한 해에 감기에 걸리는 횟수는 ? (3 회 이상 3 회나 그 이하)
17. 작년에 당신의 건강 때문에 학교나 직장에 1 주 이상 빠진 적이 있습니까 ? 예 아니오
18. 지난 3년간 건강 때문에 학교나 직장에 1 달 이상 빠진 적이 있습니까 ? 예 아니오
19. 지난 3년간 규칙적으로 운동을 했습니까 ? 예 아니오
20. 당신이 10 분간 할 수 있는 운동의 수준은 ?
 달리기 _____ 속보 _____ 걷기 _____ 기타 _____
21. 5 명의 다른 이들과 함께 방을 나누어 쓰는 것에 대해 염려가 되십니까 ? 예 아니오
22. 문화적인 충격으로부터 오는 문제가 염려 되십니까 ? 예 아니오

예방 접종 기록

접종/검사 내역

접종 일자

파상풍, 디프테리아		지난 10년 이내여야 함
A 형 간염	1 차 2 차	
B 형 간염	1 차 2 차	3 차
결핵 검사(피부반응)	일자 결과	양성 반응이었을 경우 흉부 X 선 검사 결과 흉부 X 선 검사 일자
홍역, 이하선염, 풍진	1 차 2 차	

한 항목이라도 예방 접종을 하지 않았거나 결핵 피부 반응 검사를 하지 않은 경우에 아래의 공란에 그 이유를 설명해 주시기 바랍니다.

예방 접종을 하지 않은 경우 이유를 설명해주시기 바랍니다.

- a) 과거에 접종했었고 현재 보균자입니다.
- b) 과거에 접종했었고 현재 면역을 가지고 있습니다.
- c) 어떤 상태인지 모릅니다. 전부 접종하지는 않았습니다.(혈액 검사로 면역 상태를 구분할 수 있습니다.)

현재 다음과 같은 문제들이 있습니까 ?

23. 최근 5 파운드나 그 이상의 체중 변화 예 아니오
24. 치통..... 예 아니오
25. 잇몸이 붉거나, 붓거나, 쉽게 피가 남..... 예 아니오
26. 때우거나 뽑거나 의치를 할 필요가 있는 치아..... 예 아니오
27. 두통..... 예 아니오
28. 물체가 들로 보임..... 예 아니오
29. 현기증이나 졸도..... 예 아니오
30. 녹내장..... 예 아니오
31. 콧물이 나거나 목이 따가움..... 예 아니오
32. 만성 축농증..... 예 아니오
33. 비출혈(코피)..... 예 아니오

34. 낚병.....	예 아니오
35. 청력감퇴.....	예 아니오
36. 갑상선 질병.....	예 아니오
37. 선()의 비대(몽울, 혹은 가래뿔).....	예 아니오
38. 3 주 이상의 기침이나 피 섞인 가래.....	예 아니오
39. 천식, 혹은 숨 쉴 때 색색거리.....	예 아니오
40. 폐의 다른 문제.....	예 아니오
41. 흉통.....	예 아니오
42. 심장 잡음.....	예 아니오
43. 손의 부종(붓는 것).....	예 아니오
44. 밤에 가위눌려 깬.....	예 아니오
45. 숨이 참(운동시가 아닌데도).....	예 아니오
46. 복통.....	예 아니오
47. 오심, 구토.....	예 아니오
48. 가슴 앓이.....	예 아니오
49. 지나친 트림이나 방귀.....	예 아니오
50. 설사.....	예 아니오
51. 변비.....	예 아니오
52. 배변 습관의 변화.....	예 아니오
53. 배변시 통증이 있음.....	예 아니오
54. 배변시 피가 나옴.....	예 아니오
55. 목에 음식이 걸리는 것 같은 느낌.....	예 아니오
56. 삼키기가 어려움.....	예 아니오
57. 배뇨시 통증.....	예 아니오
58. 혈뇨.....	예 아니오
59. 잦은 배뇨(하루에 6 회 이상이거나 밤에 1 회 이상).....	예 아니오
60. 오줌줄기가 가느다랗거나 똑똑 떨어짐.....	예 아니오
61. (남성만 해당됨) 음경으로부터의 분비물.....	예 아니오
62. 부부생활의 문제.....	예 아니오
63. 정맥류.....	예 아니오
64. 관절통.....	예 아니오
65. 걸을 때 다리나 엉덩이가 아픈데 쉬면 경감됨.....	예 아니오
66. 점의 색깔이나 크기의 변화.....	예 아니오
67. 점에서 피가 남.....	예 아니오
68. 3 주나 그 이상동안 낫지 않는 부스럼.....	예 아니오
69. 피부색의 변화.....	예 아니오
70. 잦은 피부 감염이나 종기.....	예 아니오
71. 다른 피부병.....	예 아니오
72. 피부 속의 몽우리.....	예 아니오

- 73. 빈혈..... 예 아니요
- 74. 응혈..... 예 아니요
- 75. 쉽게 멍들..... 예 아니요
- 76. 수술이나 부상 후의 출혈 지연..... 예 아니요
- 77. 경련..... 예 아니요
- 78. 무력 혹은 마비..... 예 아니요
- 79. 밤에 잠 들기가 어려움..... 예 아니요
- 80. 밤에 자다가 깨면 다시 잠들기가 어려움..... 예 아니요
- 81. 정신과 치료를 받은 적이 있거나 정신과 의사를 만나보라는
충고를 받은 적이 있습니까?..... 예 아니요
- 82. 특별한 것에 대한 공포증(폐소 공포증 같은)..... 예 아니요
- 83. 새로운 환경에 대한 적응 장애..... 예 아니요
- 84. 열이나 냉을 못견딤..... 예 아니요
- 85. 모자나 장갑 크기의 변화..... 예 아니요
- 86. 머리털 성장의 변화..... 예 아니요

여성만을 위한 질문(87 번-97 번)

- 87. 생리통 때문에 수업이나 직장 근무를 빠집니까? 예 아니요
- 88. 다음 생리 주기가 오기 전에 중간에 출혈이 있습니까? 예 아니요
- 89. 질 분비물이나 가려움증이 있습니까? 예 아니요
- 90. 자궁(경부)암 검사를 한 적이 있습니까? 예 아니요
있다면 검사 일자와 결과는?
- 91. 당신의 유방을 매달 점검 합니까? 예 아니요
- 92. 유방이나 겨드랑에 멍오리가 있습니까? 예 아니요
- 93. 유두에서의 분비물이 있습니까? 예 아니요
- 94. 첫 생리가 있었던 나이는? _____
- 95. 아직도 생리를 합니까? 예 아니요
하지 않는다면 폐경된 나이는?
- 96. 임신 횟수 (회)
- 97. 분만 횟수 (회)

사회적인 역사와 직업적인 역사

- 98. 위험한 작업 환경에 노출된 적이 있습니까? 예 아니요
- 99. 결혼 상태 미혼 () 기혼() 별거 () 이혼() 상처 ()
- 100. 당신과 함께 살고있는 식구들(배우자는 제외)이 몇 명입니까? (명)
- 101. 당신의 최종 학력은? 학위_____분야(과목)_____
- 102. 전시간 훈련에 오기(혹은 전시간자가 되기)전에 당신의 직업은 ?

- 103. 의학이나 간호나 이에 관련된 분야에서 훈련을 받은 적이 있습니까? 예 아니요
있다면 상술하시오. _____

가족의 내력

104. 관계 살아있다면 나이 사망했다면 사망한 나이 현재의 건강상태나 사망원인
아버지 _____
어머니 _____
형제(들) _____
자매(들) _____

105. 위에 기록한 것들 외에, 당신의 가족 내에 다른 병이 있습니까? 예 아니요

있다면

상술하시오. _____

추가 자료

106. 신장 : _____ cm

107. 몸무게 : _____ kg

108. 지난 3년 동안 혈압을 측정해본 적이 있습니까? 예 아니요

했다면 결과는 _____

109. 당신에게 응급사태가 발생했을 경우 누구에게 연락해야 합니까?

이름 _____

주소 _____

전화번호 _____

아래의 빈 칸은 이상의 질문에 대한 자세한 답변을 기록하는 곳입니다. 어느 질문 항목인지 번호를 적으시기 바랍니다. 만일 필요하다면 여분의 종이를 추가하여 덧붙여도 됩니다.

서명 _____ 일자 _____