

## 신체검사 사전 준비

- ① 마스크(KF80, KF95) 착용
  - 마스크는 신체검사가 이루어지는 동안 반드시 코까지 올려씀.
- ② 안경착용자는 신체검사일에 안경착용(휴대), 콘택트렌즈(X)
  - 안경을 안 쓰거나, 콘택트렌즈를 착용하면 일부 검사 제한
- ③ 여성의 경우 사전 산부인과를 방문하여 HCG검사 후, 관련 서류 지참
  - 산부인과에서 **소변 임신반응검사(HCG)만 받는다.** / 초음파검사 및 기타 검사는 **불필요** / 검사 목적은 "군대 선발 신체검사"
  - 서류는 검사결과지, 소견서(진단서, 병무용진단서 X)
- ④ 여성 수험자는 신체검사 당일 X-ray촬영을 위해 머리끝 준비
- ④ 신체검사 전 8시간 금식
- ⑤ 신분증(주민등록증, 운전면허증, 기간만료전 여권 중 1) 지참
  - 학생증, 사원증 기타 다른 증서는 인정 X
- ⑥ X-RAY 검사를 위한 민무늬 반팔 T셔츠 착용
  - 당일 민무늬 반팔 T셔츠 착용
  - X-RAY 촬영에 방해가 되는 액세서리 미착용(목걸리, 귀걸이, 등)
  - 여성의 경우 속옷 탈의로 인해 짙은색 반팔 T셔츠 착용
  - 정확한 X-RAY 검사를 위해 아무런 무늬가 없는 반팔 T셔츠 착용을 권장



# 신체검사 문진표

※ 본 문진표는 신체검사 담당의(간)에 의해 받은 경우 및 관영을 위한 중요한 정보가 지워져 버리거나 정확하게 기재하여 주십시오.  
 ※ 과거의 및 현상의 관련 정보를 기재해 주지 않는다면, 추후 해당 질환, 증상 및 진단 시 재검 또는 신체검사 상해에 대한 중요한 관련 계기는 본문에 기재할 수 없습니다.  
 [개인정보 수집·이용 등 동의] 귀하께서는 개인정보(성명, 나이) 및 진단내용의 수집·이용에 동의하십니까?  
 ※ 수집된 내용은 신체검사 실시 및 관련 정보 제공을 위한 목적으로 사용됩니다.  예  아니오

인적사항 (성분 : 영간) (성명: 영고성발 선검) 신원일자 : 년 월 일

소속(가수)	생년월일(8자리)	성분 영간영	성별 남/여	성명
--------	-----------	-----------	-----------	----

※ 해당되는 번호에 **체크** 하십시오. (개인 휴대전화번호 : )

과거력	
1	(과거력) 과거에 진단받거나 치료받은 질환이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (질환명 : )
2	(입원) 과거에 입원한 적이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (질환명 : /년도)
3	(수술) 과거에 수술받은 적이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (질환명 : /년도)
4	(어플레) 최근 1개월 내 폐외야행을 다녔을 경험이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (목적명 : /기간)
5	(가족력) 가족 중 다음 질환이 있거나 사망한 경우가 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 알 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 간질환 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 심장질환

현 증상	
6	(내과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 급격한 체중감하 <input type="checkbox"/> 탈모 <input type="checkbox"/> 식은 맛 <input type="checkbox"/> 과도한 땀분출 <input type="checkbox"/> 쉽게 피곤함 <input type="checkbox"/> 쉽게 목기어 나고 힘이 들 <input type="checkbox"/> 열이 자주 무름
7	(내과/외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 소화불량(메스꺼움/기소 참 등) <input type="checkbox"/> 육상증 <input type="checkbox"/> 식욕변화 <input type="checkbox"/> 변비/설사 <input type="checkbox"/> 변비/갈증/복통 <input type="checkbox"/> 잠을 잘 못
8	(내과/흉부외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 잦은 기침 <input type="checkbox"/> 피 색인 가래 <input type="checkbox"/> 가슴에 두근거림 <input type="checkbox"/> 가슴통증 <input type="checkbox"/> 병력관련 검사 시 정맥경색검사 양성

9	(내과/흉부외과) 감별검체 양성일 경우 치료를 받으셨습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 해당 없음(감별검체 검사 미수행 혹은 음성판정) <input type="checkbox"/> 과거에 (질환) 검체 양성으로 치료한 적이 치료받지 않았다. <input type="checkbox"/> 치료를 원하지 않아 치료 받지 않았다. <input type="checkbox"/> 약물 부작용으로 치료를 중단했다. <input type="checkbox"/> 치료 도중 입원해 중단했다. <input type="checkbox"/> 약물 반응(중독) 현상을 보였다.
10	(정신건강의학과/신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 불안하다 <input type="checkbox"/> 우울하다 <input type="checkbox"/> 죽고 싶다 <input type="checkbox"/> 잠을 못 잔다.
11	(신경과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 의식소실 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 팔/다리 이상 감각이 있다. <input type="checkbox"/> 자주 어지럽다. (정형외과/신경외과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 관절 통증(어깨/팔꿈치/무릎 등) <input type="checkbox"/> 관절 탈골 <input type="checkbox"/> 관절이 붓는다. <input type="checkbox"/> 목/허리 통증 <input type="checkbox"/> 팔/다리로 뻗는 듯한 통증 <input type="checkbox"/> 관절이 뻣는다.
12	(안과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 이물감(눈) <input type="checkbox"/> 물감이 들로 보임 <input type="checkbox"/> 시야 감소 <input type="checkbox"/> 시력 감소 <input type="checkbox"/> 색각이상 <input type="checkbox"/> 자주 재발되는 눈의 염증(포도막염, 결막염) <input type="checkbox"/> 눈사

현 증상	
14	(이비인후과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 어눌/청각감소 <input type="checkbox"/> 음성변화 <input type="checkbox"/> 이물감(귀/코/입/목) <input type="checkbox"/> 음치를 삼키 곤란
15	(비뇨기과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란 <input type="checkbox"/> 성기주위 이상증상(가려움증, 색깔변화 등)
16	(피부과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 문신 <input type="checkbox"/> 흉터 <input type="checkbox"/> 여과피 부부종 <input type="checkbox"/> 알레르기(피부/기관지) <input type="checkbox"/> 백반증
17	(치과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 치통 <input type="checkbox"/> 잇치시 출혈 증상 <input type="checkbox"/> 시린이 증상 <input type="checkbox"/> 칩결절 장애 <input type="checkbox"/> 무치교증
18	(산부인과) 다음 중 본인에게 해당되는 항목이 있습니까? ※ 여성만 해당 ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 골반통 <input type="checkbox"/> 허탈(생리기간 이후) <input type="checkbox"/> 무월경 <input type="checkbox"/> 생리불순 <input type="checkbox"/> 생리과다
19	(가타) 현재 처방받고 있는 질환 또는 복용중인 약물이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (질환명/약명 : )
20	(가타) 기타 과거 알았던 질환 및 현재 증상(질환)? ( ) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (질환명/증상 : )

건강행태	
21	(정신건강) 다음 중 본인에게 해당되는 사항이 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 심리적-정신적 문제로 치료 받은 적이 있거나 진단받은 질환이 있다. <input type="checkbox"/> 항상신성 약물을 복용한 경험이 있다. <input type="checkbox"/> 과거 자살 또는 자해를 시도한 적이 있다. <input type="checkbox"/> 알코올, 무한가스 등 중독에 빠졌거나 습관적으로 복용한 경험이 있다. <input type="checkbox"/> 마약, 대마 등 불법물 사용했던 경험이 있다.(술, 담배 제외) <input type="checkbox"/> 해당사항 없음
22	(흡연력1) 흡연을 하고 있습니까? ( ) <input type="checkbox"/> 피우지 않는다. <input type="checkbox"/> 과거에 피웠으나 지금은 끊었다. <input type="checkbox"/> 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? ( ) <input type="checkbox"/> 1/2갑 미만 <input type="checkbox"/> 1/2-1갑 <input type="checkbox"/> 1-2갑 <input type="checkbox"/> 2갑 이상
25	(음주력1) 평소 술을 얼마나 자주 마십니까? ( ) <input type="checkbox"/> 전혀 안 마신다. <input type="checkbox"/> 가끔 마신다. <input type="checkbox"/> 대부분 마신다.
26	(음주력2) 술을 마신다면 1회 음주량은? ( ) <input type="checkbox"/> 소주 1병 이하 <input type="checkbox"/> 소주 1병 <input type="checkbox"/> 소주 1병만 <input type="checkbox"/> 소주 2병 이상
27	(신체활동/운동) 평소 1주일에 동에 많이 날 정도의 운동을 어느 정도 하십니까? ( ) <input type="checkbox"/> 안함 <input type="checkbox"/> 1-2일 <input type="checkbox"/> 3-4일 <input type="checkbox"/> 5-6일 <input type="checkbox"/> 매일

확인권 (담당의/기관)

소속	계급	성명	확인(서명)
----	----	----	--------

## 간이문진표 및 조치사항

현재 저희 국군대구병원에서는 내원객 여러분께 보다 안전한 병원 환경을 제공하기 위해 문진표 작성을 시행하고 있으니 협조 부탁드립니다. 문진표 작성 시 병명분과 증상이 세련되었으나 진료 및 출입 관 문진표를 꼭 지켜주세요.

소속	계급	성명	생년월일
군번	핸드폰번호		본인 : 간부 :
출입목적	<input type="checkbox"/> 외래 진료 <input type="checkbox"/> 선별 진료 <input type="checkbox"/> 코로나19 PCR 검사 <input type="checkbox"/> 기타		

No	문 진 내 용 (필수)	예	아니오
1	37.5°C 이상의 열이 나신 적이 있으신가요? (체온 °C)		
2	아래의 증상이 나타나셨습니까? (예/아니오) <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 오한 <input type="checkbox"/> 근육통 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 후각 상실 <input type="checkbox"/> 미각 상실 <input type="checkbox"/> 타 의료기관에서 폐렴 진단		
3	최근 14일 이내 해외를 다녀온 적이 있으신가요?		
4	가족, 친구, 동료 등 신종코로나바이러스감염증19에 걸린 사람(혹은 보건 당국의 자가 격리 중인 사람)과 만난 적이 있으신가요?		
5	학원사와 동선이 같거나, 보건소에서 검사를 받으라는 문자를 받은 적이 있으신가요?		
6	최근 지역사회 유행 양상과 관련하여 확진자가 발생한 기관 또는 장소에 방문한 적이 있으신가요?		
7	최근 선별진료소에서 PCR 검사를 받은 적이 있으신가요? (검사일시: ) , (검사일자: ) , (검사결과: )		

No	특 인 내 용 (추가)	예	아니오
1	최근 14일 이내 종교행사 및 모임, 고위험시설 및 다중이용시설을 이용한 적이 있으신가요?		
2	추가 1번 항목이 '예'일 경우 방문한 고위험시설 및 다중이용시설명( /시설명 ) (방문기간: )		
3	마지막 출타일이 언제인가요? ( / / 부처 /까지) (의술, 의약, 청원휴가, 진료외박, 입원 등) 지역 ( )		

원행소 확인

### 조치사항

검사	<input type="checkbox"/> IX-ray <input type="checkbox"/> 코로나 19 PCR검사
소견	
주후	<input type="checkbox"/> 예방적 격리 명령함 <input type="checkbox"/> 예방적 관문 설정함 <input type="checkbox"/> 손위생, 마스크, 기침예절 설정함 <input type="checkbox"/> 원내 외래 진료 실시

선별진료소 확인

■ 출입목적에 선별진료 및 코로나19 PCR 검사일 경우

■ 문진내용(원수)에서 1개라도 '예'일 경우

☞ 반드시 선별진료소로 이동

## 간이문진표 및 조치사항

현재 저희 국군대구병원에서는 내원객 여러분께 보다 안전한 병원 환경을 제공하기 위해 문진표 작성을 시행하고 있으니 협조 부탁드립니다. 문진표 작성 시 병명분과 증상이 세련되었으나 진료 및 출입 관 문진표를 꼭 지켜주세요.

소속	계급	성명	생년월일
군번	핸드폰번호		본인 : 간부 :
출입목적	<input type="checkbox"/> 외래 진료 <input type="checkbox"/> 선별 진료 <input type="checkbox"/> 코로나19 PCR 검사 <input type="checkbox"/> 기타		

No	문 진 내 용 (필수)	예	아니오
1	37.5°C 이상의 열이 나신 적이 있으신가요? (체온 °C)		
2	아래의 증상이 나타나셨습니까? (예/아니오) <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 오한 <input type="checkbox"/> 근육통 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 후각 상실 <input type="checkbox"/> 미각 상실 <input type="checkbox"/> 타 의료기관에서 폐렴 진단		
3	최근 14일 이내 해외를 다녀온 적이 있으신가요?		
4	가족, 친구, 동료 등 신종코로나바이러스감염증19에 걸린 사람(혹은 보건 당국의 자가 격리 중인 사람)과 만난 적이 있으신가요?		
5	학원사와 동선이 같거나, 보건소에서 검사를 받으라는 문자를 받은 적이 있으신가요?		
6	최근 지역사회 유행 양상과 관련하여 확진자가 발생한 기관 또는 장소에 방문한 적이 있으신가요?		
7	최근 선별진료소에서 PCR 검사를 받은 적이 있으신가요? (검사일시: ) , (검사일자: ) , (검사결과: )		

No	특 인 내 용 (추가)	예	아니오
1	최근 14일 이내 종교행사 및 모임, 고위험시설 및 다중이용시설을 이용한 적이 있으신가요?		
2	추가 1번 항목이 '예'일 경우 방문한 고위험시설 및 다중이용시설명( /시설명 ) (방문기간: )		
3	마지막 출타일이 언제인가요? ( / / 부처 /까지) (의술, 의약, 청원휴가, 진료외박, 입원 등) 지역 ( )		

원행소 확인

### 조치사항

검사	<input type="checkbox"/> IX-ray <input type="checkbox"/> 코로나 19 PCR검사
소견	
주후	<input type="checkbox"/> 예방적 격리 명령함 <input type="checkbox"/> 예방적 관문 설정함 <input type="checkbox"/> 손위생, 마스크, 기침예절 설정함 <input type="checkbox"/> 원내 외래 진료 실시

선별진료소 확인

■ 출입목적에 선별진료 및 코로나19 PCR 검사일 경우

■ 문진내용(원수)에서 1개라도 '예'일 경우

☞ 반드시 선별진료소로 이동

### ■ 작성 방법(모아찍기-2쪽씩 A4용지로 프린트)

- 용역으로 표시된 부분을 끝까지 읽고, (개인정보 수집어종 등 동의) 예/아니오 표시
- 번호, 신김입자 이기재 / 소속에는 기수 기재 / 생년월일, 성별, 성명 기재
- 1~27번 문항 복수 선택 가능
- 1~3번 문항은 단순 질환(감기, 장염 등) 이기재 / 과거의 질환으로 과거 및 현재에 원치한 영향을 끼친 질환, 사고, 수술 등
- 12번 ① / 13번 ① / 14번 ②, ④는 해당되는 부위나 질환에 동그라미 표시
- 18번 문항은 남성의 경우 미해당
- 20번 문항은 자세히 작성
- 확인란(담당공무관) 칸은 이기재

\*과거력 및 현증상 관련 정보를 이기재, 누락 또는 허위기재하고, 추후 해당 질환, 증상 발견 시 재검 또는 신체검수 변경에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있음을 알려드립니다.