

자가검진 결과 로직 (생활습관)

한국건강검진기관협의회 건강연구소

알코올 선별 설문조사 (AUDIT - Korean)

알코올 섭취는 귀하의 건강과 복용하는 일부 약에 영향을 미칠 수 있습니다. 귀하께 최선의 치료를 제공할 수 있도록 아래의 질문에 대해 주십시오.

Patient name: _____
 Date of birth: _____

1 잔의 기준:  112 온스(355mL) 맥주  5 온스(148mL) 와인  1.5 온스(44mL) 독주 (1 잔)

1. 알코올 음료를 얼마나 자주 마십니까?	마시지 않음	월 1 회 또는 미만	월 2~4 회	주 2~3 회	주 4 회 이상
2. 술을 마실 때 보통 알코올 음료를 몇 잔 정도 마십니까?	0~2 잔	3~4 잔	5~6 잔	7~9 잔	10 잔 이상
3. 한 번에 4 잔 이상을 얼마나 자주 마십니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
4. 지난해에 얼마나 자주 금주에 실패했습니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
5. 지난해에 음주 때문에 얼마나 자주 해야 할 일을 하지 못했습니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
6. 지난해에 심한 음주 후에 술을 깨기 위해 아침에 해장술이 필요한 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
7. 지난해에 음주 후에 죄책감이나 양심의 가책을 느낀 적이 얼마나 자주 있었습니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
8. 지난해에 음주로 인해 밤 사이에 발생한 일을 기억하지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?	없음	월 1 회 미만	월 1 회	주 1 회	매일 또는 거의 매일
9. 귀하의 음주 때문에 누군가가 다친 적이 W 있습니까?	없음		있음, 그러나 지난해가 아님		있음, 지난해에 있었음
10. 친척, 친구, 의사 또는 기타 의료 전문가가 귀하의 음주에 대해 염려하거나 술을 끊을 것을 제안한 적이 있습니까?	없음		있음, 그러나 지난해가 아님		있음, 지난해에 있었음

0 1 2 3 4

[국가검진 평가기준]

- 적정음주: 0- 7/0- 3
- 위험음주: 8- 15/4- 15
- 알코올 사용장애: 16/16 이상
- 여자의 4점은 민원 가능성

I II III IV
 M: 0-4 5-14 15-19 20+
 W: 0-3 4-12 13-19 20+

알코올 문제로 치료를 받은 적이 있습니까?
 없음 현재 치료 중 과거에 받은 적 있음

음주 생활습관 평가 도구

수검자 성명

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오. 술을 전혀 안 마시는 비음주자는 작성하지 않습니다.

1. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

- 한 달에 1번 이하(1점) 한 달에 2~4번(2점)
 일주일에 2~3번(3점) 일주일에 4번 이상(4점)

2. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

(아래의 두 곳 중 주로 드시는 술을 선택하여 한 곳에 표시해 주시면 됩니다.)

- 1) 소주,
 반병 이하(0점) 1병 이하(1점) 1.5병정도(2점) 2병정도(3점) 2.5병 이상(4점)
- 2) 기타의 술,
 양주, 와인 은 각각의 술잔으로 계산하십시오. 막걸리는 한 사발을 한 잔으로, 맥주는 캔맥주 1캔 또는 작은 병맥주 1병을 한 잔으로 계산하십시오(생맥주 500cc는 1.3잔으로 계산하십시오).
 1~2잔(0점) 3~4잔(1점) 5~6잔(2점) 7~9잔(3점) 10잔 이상(4점)

3. 한 번의 술자리에서 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)

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

4. 지난 1년간, 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

5. 지난 1년간, 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

6. 지난 1년간, 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

7. 지난 1년간, 음주 후 술을 마신 것에 대해 후회한 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

8. 지난 1년간, 술이 캔 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?

- 전혀 없다(0점) 한 달에 한 번 미만(1점) 한 달에 한 번 정도(2점)
 일주일에 한 번 정도(3점) 거의 매일(4점)

9. 당신의 음주로 인해 본인이 나치거나, 또는 가족이나 타인이 나친 적이 있습니까?

- 전혀 없었다(0점) 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)
 지난 1년 동안에 있었다(4점)

10. 가족이나 의사가 당신의 음수에 대해 걱정을 하거나, 또는 '술을 끊거나 술이라' 는 권고를 한 적이 있습니까?

- 전혀 없었다(0점) 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점)
 지난 1년 동안에 있었다(4점)

합계

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. **남8-15**
 알코올 사용 장애 수준입니다. **여4-15**

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 :

영양 생활습관 평가 도구

1999, 김화영 추가

수검자 성명

- 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵(200ml) 이상 마신다.
 - 항상 그런 편이다(5점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(1점)
- 육류, 생선, 달걀, 콩, 두부 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는다.
 - 항상 그런 편이다(5점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(1점)
- 김치 이외의 채소를 식사할 때마나 먹는다.
 - 항상 그런 편이다(5점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(1점)
- 과일(1개)을 매일 먹는다. (갈아먹는 형태 포함)
 - 항상 그런 편이다(5점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(1점)
- 튀김이나 볶음 요리를 얼마나 자주 먹습니까?
 - 주 4회 이상(1점) 주 2-3회 (3점) 주 1회 이하(5점)
- 콜레스테롤이 많은 식품(삼겹살, 달걀노른자, 오징어 등)을 얼마나 자주 먹습니까?
 - 주 4회 이상(1점) 주 2-3회 (3점) 주 1회 이하(5점)
- 아이스크림, 케이크, 과자, 음료수(믹스커피, 콜라, 식혜 등)중 1가지를 매일 먹는다.
 - 항상 그런 편이다(1점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(5점)
- 젓갈, 장아찌, 자반 등을 매일 먹는다.
 - 항상 그런 편이다(1점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(5점)
- 식사를 매일 정해진 시간에 한다.
 - 항상 그런 편이다(5점) 보통이다(3점) 아닌 편이다(1점)
- 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까?
 - 5종류 (5점) 4종류 (3점) 3종류 이하(1점)
- 외식(직장에서 제공되는 식사 제외)을 얼마나 자주 하십니까?
 - 주 5회 이상(1점) 주 2-4회 (3점) 주 1회 이하(5점)

합계

영양 처방전

수검자 성명 :

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

27점 이하: 식생활불량
28-38 : 한국인 평균
39점 이상: 양호

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, 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 드리지 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

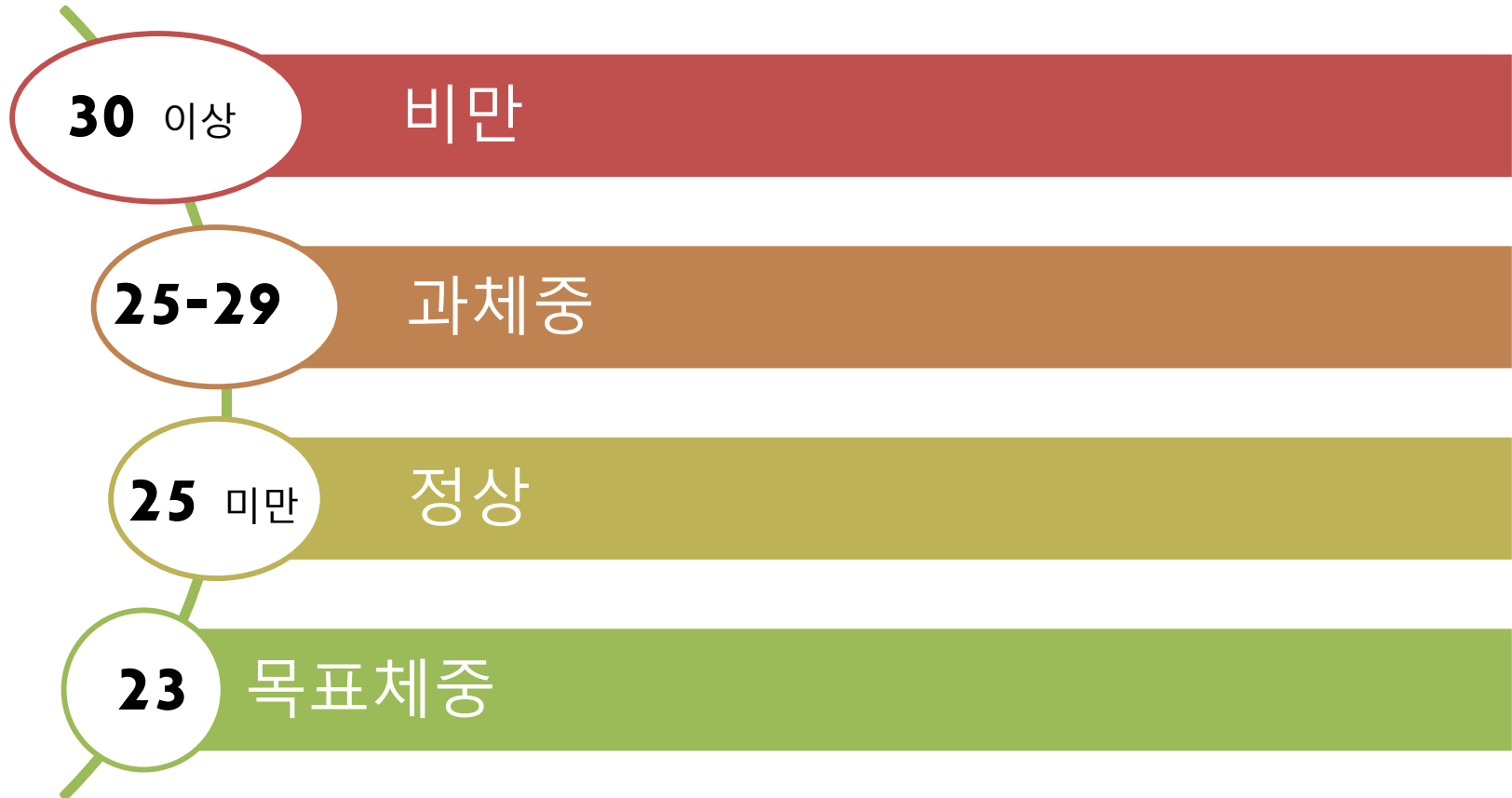
- 고혈압 당뇨병
- 심장질환 이상지질혈증(고지혈증)
- 뇌졸중 말초혈관질환
- 골다공증 비만/과체중
- 동풍 기타:

4. 추가 조치 사항

- 없음 있음

주치의 이름 / 서명 :

비만평가



- 최종 목표체중(A) = $23 * \text{신장(m)} * \text{신장(m)}$
- 감량해야 할 체중(B) = 체중 - 목표체중
- 현재 체중에서 ()% 감량? : $100 - (B / \text{체중}) * 100$

비만 생활습관 평가 도구

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

- 귀하는
 - 정상체중에 속합니다.
 - 과체중에 속합니다. **25- 29.9**
 - 비만에 속합니다. **30 이상**
- 귀하는
 - 복부비만을 가지고 있습니다. **90/85 이상**
 - 복부비만을 가지고 있지 않습니다.
- 귀하의 현재 체중으로는 **당반 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등)**이 발생할 위험이
 - 낮습니다.
 - 보통입니다.
 - 다소 증가합니다.
 - 어느 정도 증가합니다.
 - 상당히 증가합니다.
 - 매우 증가합니다.
- 목표 체중
 - 귀하의 현재 체중을 1차적으로 **5, 10** % 까지 낮추는 것을 목표로 합니다.
 - 귀하의 1차 목표 체중은 _____ kg입니다. **체중*0.9**
 - 1차 목표 체중 달성기간은 **6** 개월입니다.
 - 매달 감량해야 할 체중은 _____ kg입니다. **체중*0.1/6**
- 비만 처방 **30 이상**
 - 식사량을 줄이십시오.
 - 간식/야식을 줄이십시오.
 - 외식과 패스트푸드를 줄이십시오.
 - (흡연 음주 운동 영양) 처방을 받도록 하십시오.
 - 귀하의 약물 치료가 필요합니다. **35 이상**
 - 기타:
- 체중 감량을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

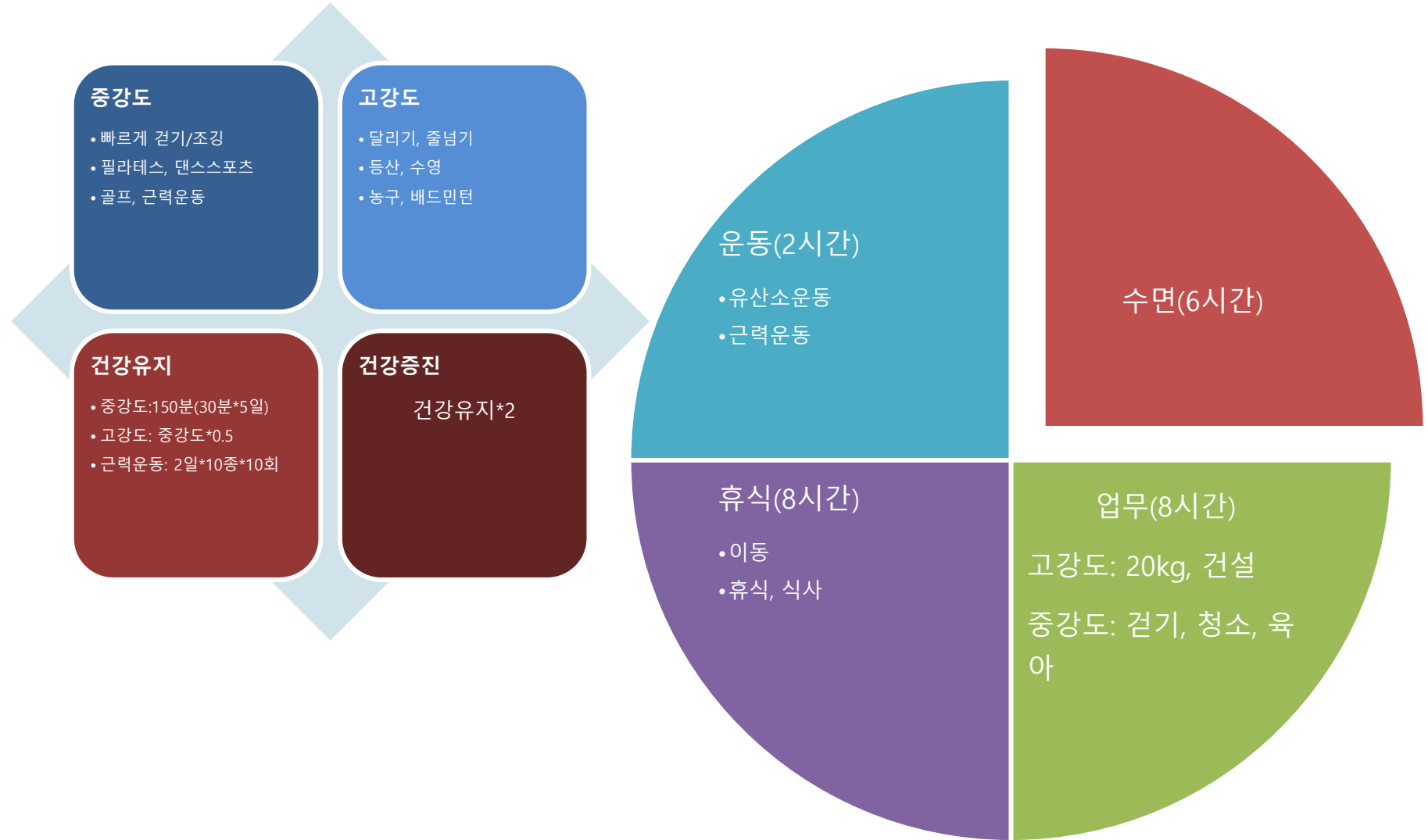
<input type="checkbox"/> 협심증/심근경색	<input type="checkbox"/> 공복혈당장애/당뇨병	<input type="checkbox"/> 뇌졸중
<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증)	<input type="checkbox"/> 말초혈관질환
<input type="checkbox"/> 수면무호흡증	<input type="checkbox"/> 골관절염	<input type="checkbox"/> 요실금
<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 기타:	
- 추가 조치 사항
 - 없음
 - 있음

☞ 성공적인 체중 조절을 위해서는 정기적인 관리가 필요합니다.

주치의 이름 / 서명 :

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

신체활동



운동 생활습관 평가 도구
GPAQ(Global physical activity questionnaire)에 준해

세계보건기구의 국제신체활동질문(IPAQ; International physical activity questionnaire)

수검자 성명

※ 다음은 **평소 일주일 동안** 본인이 참여하고 있는 다양한 신체활동 시간과 관련된 질문입니다. 신체적으로 활동적인 사람이 아니라도 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, 집안일, 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 현장에서의 노동, 계단으로 물건 나르기 등

예
 아니오 (1-4번으로) 1-2. 평소 일주일 동안, **일과 관련된 고강도 신체 활동**을 며칠 하십니까?
일주일일 일

1-3. 평소 하루에 **일과 관련된 고강도 신체 활동**을 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)

예
 아니오 (2번으로) 1-5. 평소 일주일 동안, **일과 관련된 중강도 신체 활동**을 며칠 하십니까?
일주일일 일

1-6. 평소 하루에 **일과 관련된 중강도 신체 활동**을 몇 시간 하십니까?
하루에 시간 분

2. 앞서 말한 일과 관련된 신체 활동은 제외합니다. 본인이 장소를 이동할 때, 어떻게 하시는데 대해 묻겠습니다.

※ 장소 이동 시 신체활동: 인하러 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?

예
 아니오 (3번으로) 2-2. 평소 일주일 동안, **장소를 이동할 때** 최소 10분 이상 계속 걷거나 자전거 이용을 며칠 하십니까?
일주일일 일

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

*별지 제15호의 5서식 <2페이지>

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
 예
 아니오 (3-4번으로) 3-2. 평소 일주일 동안, **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?
일주일일 5일

3-3. 평소 하루에 **고강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?
하루에 시간 30 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
 예
 아니오 (4번으로) 3-5. 평소 일주일 동안, **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 며칠 하십니까?
일주일일 5일

3-6. 평소 하루에 **중강도의 스포츠, 운동 및 여가 활동**을 몇 시간 하십니까?
하루에 시간 30 분

4. 다음은 **자신 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 시간 입니까?
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. 지난날에 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

별도 처방

PAR-Q(Physical activity readiness questionnaire)

운동 처방전

수검자 성명 :

1. 귀하의 운동 수준은

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

- 1수일에 1-2회 1수일에 3-4회 1수일에 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. 기타 의견(100자 이내로 필요시 작성)

검진이사 이름 / 서명 :

건강증진

고강도 150분, 근력2일 또는
저강도 300분, 근력2일

중간

건강유지

중강도 150분, 근력2일 또는
고강도 75분, 근력2일

판정결과예시)

비만 처방전

수검자 성명 :

◆ 신장 : _____ cm ◆ 체중 : _____ kg
 ◆ 허리둘레 : _____ cm ◆ 체질량지수 : _____ kg/m²

- 귀하는
 - 정상체중에 속합니다. 과체중에 속합니다. $25 \leq \text{GB1038} < 30$
 - 비만에 속합니다. $\text{GB1038} > 30$
- 귀하는
 - 복부비만을 가지고 있습니다. 복부비만을 가지고 있지 않습니다.
- 귀하의 현재 체중 증가는 어떤 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등)이 발생할 위험이
 - 낮습니다. 보통입니다. 다소 증가합니다.
 - 어느 정도 증가합니다. 상당히 증가합니다. 매우 증가합니다.
- 표준 체중
 - 귀하의 현재 체중을 1차적으로 ()에 가장 가까운 것을 목표로 합니다.
 - 귀하의 1차 목표 체중은 _____ kg입니다.
 - 1차 목표 체중 달성기간은 _____ 6 개월입니다.
 - 해당 관량해야 할 체중은 _____ kg입니다.
- 비만 처방
 - 식사량을 줄이십시오. 간식/야식을 줄이십시오.
 - 의식과 패스트푸드를 줄이십시오.
 - (흡연 음주 운동 영양) 처방을 받도록 하십시오.
 - 귀하의 약물 치료가 필요합니다.
 - 기타 :
- 체중 관리를 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태
 - 협심증/심근경색 공복혈당장애/당뇨병 고혈압
 - 고혈압 이상지질혈증(고지혈증) 만성관상질환
 - 수면부호증 골관절염 만성염증
 - 당뇨병 기타 :
- 추가 조치 사항
 - 없음 있음 기본적으로 "없음" 체크

1번 질문에서 비만에 속하는 경우 : 매우 증가합니다.
 1번 질문에서 과체중에 속하거나 2번질문에서 복부비만을 가지고 있는 경우 : 상당히 증가합니다.
 1번질문에서 정상체중에 속하고 2번질문에서 복부비만을 가지고 있지 않은 경우 : 보통입니다.

↘번질문에서 비만일 경우 "10"
 과체중일 경우 "5"
 정상일 경우 "0"

1번질문에서 비만일 경우 현재체중 * 0.9
 과체중일 경우 현재체중 * 0.95
 정상일 경우 현재체중

↘번질문에서 비만일 경우 (현재체중 * 0.1) / 6
 과체중일 경우 (현재체중 * 0.05) / 6
 정상일 경우 "0"

기본적으로 협심증/심근경색, 공복혈당장애/당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 체크

※ 성공적인 체중 조절을 위해서는 정기적인 관리가 필요합니다.
 주치의 이름 / 서명 :

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 부당이나 오진 등을 위하여 사용할 수 없습니다.

운동 처방전

수검자 성명 :

1. 귀하의 운동 수준은

- 건강을 유지하기에도 부족한 수준입니다. Q11905<150
- 건강을 유지할 수는 있지만 건강을 증진시키기에는 충분하지 않은 수준입니다. 150<=Q11905<300
- 건강을 증진시키기에는 충분한 수준입니다. Q11905=>300

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 : | |

기본적으로 걷기, 빠르게 걷기 체크

2) 운동 시간

- 10분 15-30분 30분 이상 기타 : 기본적으로 30분 이상 체크

3) 운동 횟수

- 1주일에 1-2회 1주일에 3-4회 1주일에 5회 이상 기본적으로 1주일에 3-4회 체크

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"/> 관절염/요통 |
| <input type="checkbox"/> 낙상 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

기본적으로 비만/과체중, 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 이상지질혈증 체크

4. 추가 조치 사항

- 없음 있음 기본적으로 "없음" 체크

주치의 이름 / 서명 :