

이 란은 직원이 직접 작성합니다.

날짜	____ / ____ / ____	등록장소	_____	고지에 입각한 동의 서명 여부	<input type="checkbox"/>
자격 해당여부	<input type="checkbox"/>	부적격	<input type="checkbox"/>	적격	<input type="checkbox"/>
평균 위험	<input type="checkbox"/>	평균 이상 위험	<input type="checkbox"/>	결장 내시경 의뢰	<input type="checkbox"/>
대변검사 키트 제공	<input type="checkbox"/>	결장 내시경 검진 예정 일자	____ / ____ / ____		

## 미시간 결장/직장암 검진 프로그램 사전 평가서

이 서식은 당신이 결장/직장암 검진 프로그램의 대상 자격이 되는지 및 어떤 검진을 받아야 하는지에 대하여 결정하는 데 사용될 것이다.

나는 미시간 커뮤니티 건강과(Michigan Department of Community Health), 미시간 공공 건강 연구소(Michigan Public Health Institute), 및 위에 명시한 기관에서 이 서식에 따른 질문에 대한 나의 응답이 통계 목적으로 사용될 수 있음을 동의한다. 결장/직장암 검사를 받기 전에, 나는 검진에 대한 상세한 정보를 받게 될 것이며, 고지에 입각한 동의서에 서명할 것이다.      아니오       예

### 증세

1. 귀하께서는 최근 6개월 이내에 특별한 이유없이 아랫배 통증이나 체중감소를 겪었거나 현재 이런 증세가 나타나고 있습니까?      아니오       예

만일, 예라고 답변하셨으면 의사의 검진을 받으시는 것이 좋습니다.

2. 귀하께서는 최근 6개월 이내에 특별한 이유없이 아래 증세를 있었거나 현재 이런 증세가 나타나고 있습니까?      아니오       예

만일, 예라고 답변하셨으면 아래 해당 항목에 표기하여 주시기 바랍니다.

- 직장 출혈이 있는 경우
- 대변이 검정이거나 출혈이 있는 경우
- 대변이 가늘어 지는 경우 (연필 굵기 정도)

### 직장암/결장암 검진 내력

3. 가정용 대변 검사를 실시한 적이 있습니까?      아니오       예

    검사를 하셨다면, 작년이었습니까?      아니오       예

    검사 결과는 어떠하십니까?      양성 반응       음성 반응

4. 직장 내시경 검사를 해 보신 적이 있습니까?      아니오       예

    검사를 해 보셨다면, 가장 최근이 언제입니까? \_\_\_\_\_

    검사 결과는 어떠하십니까?      양성 반응       음성 반응



자신, 부모, 형제자매, 자녀 (구체적으로 기술)	암 종류 (구체적으로 기술)	발병 당시 나이

11. 당신 혹은 가족중에서 유전자 검사에 관해 상담한 적이 있습니까?      아니오       예   
만일 “예”라고 답하셨다면, 유전자 검사에 관해 상담받은 분이 누구입니까?    자신     가족   
유전자 검사에 대해 상담하게 된 이유는 무엇입니까? \_\_\_\_\_

기타

12. 의사, 간호사, 의료종사자가 당뇨병이 있다고 말한 적이 있습니까?      아니오       예

13. 현재 흡연을 하십니까?

- 매일 (하루에 담배를 얼마나 피우십니까? \_\_\_\_\_ 개피)
- 가끔 (일주일에 담배를 얼마나 피우십니까? \_\_\_\_\_ 개피)
- 전혀 피우지 않는다.
- 과거에 피웠으나, \_\_\_\_\_ 개월/년 전에 끊었다. (개월 또는 년에 동그라미 하세요)

고객이름 : \_\_\_\_\_ Client/MBCIS # \_\_\_\_\_

생년월일:      년      월      일      기관명 HAAP \_\_\_\_\_

INITIALS \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

White Copy: Agency

Yellow Copy: Return to MDCH

Pink Copy: Physician

10/23/06