의뢰지 및 문진표

※ 굵은 선 안의 내용을 기재하신 후 뒷장의 동의서와 문진표를 작성해 주십시오.

검 진 일 :　　년　　월　　일

단체명(소속)			부서명	
성명	한글		가족 및 지역 가입자의 경우	직원 _____ 의 _____ 국민건강보험공단 건강검진 대상인 경우 공단검진 동시 진행 및 공단신고하는 데 동의하십니까? □동의함　□동의하지 않음
	영문	*영문명은 한글 성명이 없는 외국인만 추가 기재		
주민등록번호		-	이메일	
전화번호		일반전화 :	여성문항	(　)미혼　(　)기혼
		핸 드 폰 :		마지막 생리　월　일 ~　월　일 ~
주소 (결과배송지)				현재 임신 여부　(　)예　(　)아니오　(　)가능성
				현재 수유 여부　(　)예　(　)아니오
				자궁수술경험　(　)예　(　)아니오
위검사 선택		(　)위장조영촬영 (　) 일반내시경 (　) 수면내시경		본인은 현재 임신, 수유가능성이 없으며 모든 검사에 동의함 _____(인)
3개월 내 해외여행계획		(　)유　(　)무		
결과 수신 방법		(　) 이메일　(　) 홈페이지　(　) 결과지배송　(　) 내원　(　) 모바일 * '이메일' 이나 '홈페이지' '모바일'을 선택하시면 결과를 더 빨리 받아볼 수 있습니다. (결과 완료시 문자 발송) * '결과지배송' 선택시 회사와의 협의에 따라 개별우편발송 또는 단체배송 됩니다.		

※ 하기 내용은 의료진이 기록합니다.

기타사항				
신　장			체　중	
시　력	좌 :　우 :　(좌　우　)		혈　압	1차　2차
청　력	좌 :　우 :		노인신체기능 (만66세)	하지기능:　초
허리둘레		허벅지둘레		보행장애 (　)유　(　)무
흉부 X-선				평 행 성:　초
채　혈			소　변	

진찰	과거 병력	① 무　② 간장질환　③ 고혈압　④ 뇌졸중　⑤ 당뇨병　⑥ 심장병　⑦ 암　⑧ 결핵 ⑨ 기 타 (　)	
	생활 습관	① 양호　② 음주　③ 흡연　④ 운동　⑤ 체중　⑥ 음식　⑦ 기 타	
	진찰 소견	외상 및 후유증	① 무　② 유
	일반 소견	① 양호　② 보통　③ 불량	

KMI 재단법인 한국의학연구소 KOREA MEDICAL INSTITUTE

귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강관련 정보, 사업안내를 메일이나 우편으로 받아 보는 것에 동의하십니까? □동의함 □동의하지 않음

개인정보 수집 및 활용 동의서

귀하의 소중한 개인정보는 진료 및 다음의 목적으로 사용됩니다. □동의함 □동의하지 않음

- 예약관련 제반사항, 준비물품 및 검진결과 발송 및 상담 (on-off 라인, 이메일 온라인 열람) 등 서비스 제공
- 3차 기관 또는 전문병원의 진료예약, 위탁, 교육, 연구 등 사후관리 서비스 제공을 위한 최소한의 분석자료, 검진비용 청구, 환급, 수납 등에 관련된 서비스 제공
- (재)한국의학연구소 7개 의료기관 간 진료협력(예약, 전년도 비교상담, 사후관리)을 위한 정보 공유
- 고지사항 전달 등 원활한 의사소통 경로 확보
- **수집하는 항목은 '인적사항(주소, 연락처, 이메일 포함), 진료사항 및 검진결과' 입니다.**
- **개인정보의 보유 및 이용기간은 의료법 등 관계법령에 준하며 다만 수집목적이 달성된 경우에도 보존의 필요성이 있는 경우에는 기간이 연장될 수 있습니다.**
- **귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 진료 외 위의 서비스는 받을 수 없습니다.**
- **개인정보 제공자가 동의한 내용 외에 다른 목적으로 활용되지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.**

직장검진의 경우, 회사의 요청 시 회사와의 협약에 따라 다음 각 호의 자료를 제출할 수 있습니다.

- 사업장 보관용 검진결과 □동의함 □동의하지 않음

의료영상물 CD 발급 동의서

추후 의료영상 CD가 필요할 경우 CD 발급에 동의합니다. □동의함 □동의하지 않음

- 발급비용이 있습니다 (1만원)
- 동의하신 경우 추후 발급 요청 시 기재하신 주소지로 우편발송 할 수 있습니다.
- 비동의시에는 내원하셔서 동의서를 작성하신 후 발급 받을 수 있습니다.

[개인정보보호법] 및 [의료법] 등 관련 법규에 의거하여 본인은 아래와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

201 년 월 일

□전체 동의함 신청인 : (서명)

(재) 한국의학연구소 귀중

채변시 주의사항(분변검사 해당자만 참고하세요)

- 채변은 검사전날 밤 혹은 아침 변을 가지고 오십시오.
- 채변 후 서늘한 곳에 보관하시면 됩니다.
- 생리중에는 생리혈이 섞이지 않게 해주시고 용기 라벨에 성명/나이를 기입해 주십시오.

건강검진 문진표

□종합검진 □일반건강검진 □생애전환기건강진단

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 건강위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

[별지 제1호 서식]

질환력 관련(과거력, 가족력) 문항

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 ○표시해 주십시오.

1.다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, **현재** 약물 치료 중이십니까?

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타 (암 포함)
진단여부							
현재 약물치료 여부							

2.부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

1 뇌졸중(중풍) 2 심장병(심근경색/협심증) 3 고혈압 4 당뇨병 5 기타(암 포함)

3.B형간염 바이러스 보유자입니까? 1 예 2 아니오 3 모름

흡연 관련 문항

4. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

4-1. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

1 아니오(5번 문항으로 가세요) 2 예, 지금은 끊었음(4-2번 문항으로 가세요)

3 예, 현재도 흡연 중(4-3번 문항으로 가세요)

4-2.과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

4-2-1) 금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까? 총 _____ 년

4-2-2) 금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? _____ 개비

4-3.현재도 흡연을 하신다면

4-3-1) 몇 년째 담배를 피우시고 계십니까? 총 _____ 년

4-3-2) 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? _____ 개비

4-4.전자 담배를 피워 본 경험이 있습니까? 1 예 2 아니오

음주 관련 문항

5. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

5-1. 1주에 평균 며칠이나 술을 마십니까?

1 0일 2 1일 3 2일 4 3일 5 4일 6 5일 7 6일 8 7일

5-2. 술을 마실 때 보통 하루에 얼마나 마십니까? _____ 잔

1 소주 2 맥주 3 양주 4 막걸리 5 와인 6 기타

※ 술 종류에 관계없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단, 캔맥주 1개(355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다.

신체활동 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 최근 1주일간 활동 상태에 해당하는 답에 V표시해 주십시오.

6-1.최근 1주일간, 평소보다 숨이 훨씬 더 차게 만드는 격렬한 활동을, 하루 20분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?
(예 : 달리기, 에어로빅, 빠른속도로 자전거타기, 등산 등)

1 0일 2 1일 3 2일 4 3일 5 4일 6 5일 7 6일 8 7일

6-2.최근 1주일간, 평소보다 숨이 조금 더 차게 만드는 중간정도 활동을, 하루 30분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?
(예 : 빠르게 걷기, 복식 테니스 치기, 보통 속도로 자전거 타기, 엎드려 걸레질하기 등)
※ 6-1 응답에 관련된 신체활동은 제외

1 0일 2 1일 3 2일 4 3일 5 4일 6 5일 7 6일 8 7일

6-3.최근 1주일간, 한 번에 적어도 10분 이상씩 걸은 경우를 합하여, 하루 총 30분 이상 걸은 날은 며칠이었습니까?
(예 : 가벼운 운동, 출퇴근이나 여가 시간에 걷기 포함) ※ 6-1, 6-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

1 0일 2 1일 3 2일 4 3일 5 4일 6 5일 7 6일 8 7일

기분상태 관련 문항 (만 40세 생애전환기 건강진단 대상자만 답하시오)

7. 최근 일주일 동안 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 답변해 주십시오.

최근 일주일간 나는	①극히드물었다 (일주일간 1일이하)	②가끔있었다 (일주일간 2일)	③종종있었다 (일주일간 3~4일)	④대부분그랬다 (일주일간 5일이상)
7-1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다.				
7-2. 먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다.				
7-3. 어느 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다.				
7-4. 상당히 우울했다.				

암검진 문진표 / 암검진(공통) 관련 문항 [별지 제4호 서식]

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 O표시해 주십시오.

1. 현재 신체 어느 부위에든 불편한 증상이 있습니까?

1 예(증상 :) 2 아니오

2. 지난 6개월 간 특별한 이유 없이 5kg 이상의 체중감소가 있었습니까?

1 아니오 2 체중감소 _____kg

3. 본인, 부모, 형제, 자매, 자녀 중에 현재 암에 걸리신 분이나 과거에 걸리셨던 분이 계십니까?

암의 종류	없다	모르겠다	있다 (복수선택 가능)				
			본인	부모	형제	자매	자녀
위 암							
유 방 암							
대 장 암							
간 암							
자궁경부암							
갑상선암							
기 타 (암)							

암검진 문진표 / 암검진(공통) 관련 문항

4. 귀하는 다음의 검사를 받은 적이 있습니까?

검 사 명		검사 시기			
		10년 이상 또는 한 적없음	1년 미만	1년이상 ~ 2년 미만	2년이상 ~ 10년 미만
위 암	위장조영검사 (위장X선촬영)				
	위내시경				
유 방 암	유방촬영				
대 장 암	분변잠혈검사 (대변검사)				
	대장이중조영검사 (대장X선촬영)				
	대장내시경				
자궁경부암	자궁경부세포검사				
간 암	간초음파	한 적 없음	6개월 이내	6개월 ~ 1년사이	1년 보다 오래전에

위암, 대장암, 간암 관련문항 ※ 해당되는 곳에 ○표 해주십시오.

5. 현재 또는 과거에 진단받은 위장질환이 있으십니까?
1 위궤양 2 위축성위염 3 장상피화생 4 위용종 5 기타 6 없음

6. 현재 또는 과거에 진단받은 대장 항문질환이 있으십니까?
1 대장용종(폴립) 2 궤양성 대장염 3 크론병 4 치질(치핵, 치열) 5 기타 6 없음

7. 간(肝)질환이 있으십니까?
1 B형간염바이러스보유자 2 만성B형간염 3 만성C형간염 4 간경변 5 기타 6 없음

만66세 이상은 뒷장 문진표도 기록하십시오.

유방암 및 자궁경부암 관련 문항(여성들만 응답해주세요)

8. 월경**(초경)**을 언제 하셨습니까?
1 만 _____세 2 초경이 없었음

9. 현재 월경의 상태는 어떠십니까?
1 아직 월경이 있음 2 자궁적출술을 하였음 3 폐경되었음 (폐경연령: 만_____세)

10.폐경 후 증상을 완화하기 위해서 호르몬 제제를 복용하고 있거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?
1 호르몬 제제를 복용한적 없음 2 2년 미만 복용 3 2년~5년 미만 복용 4 5년 이상 복용 5 모르겠음

11.자녀를 몇 명 출산하셨습니까? 1 1명 2 2명 이상 3 출산한 적 없음

12.모유 수유 여부 및 총 수유기간은?
1 6개월 미만 2 6개월~1년 미만 3 1년 이상 4 수유한 적 없음

13.과거에 유방에 양성 종양으로 진단받은 적이 있습니까?
(양성 종양이란 악성종양인 암이 아닌 기타 물혹, 덩어리 등을 말합니다.)
1 예 2 아니오 3 모르겠음

14.피임약을 복용하고 계시거나 과거에 복용하신 적이 있습니까?
1 피임약을 복용한 적 없음 2 1년 미만 복용 3 1년 이상 복용 4 모르겠음

[별지 제19호 서식]

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서

*** 정보제공에 동의하는 검진종별에 ☑ 하시기 바랍니다.**

[□일반건강검진(생애전환기건강진단 포함), □영유아건강검진]

본 동의서는 **일반건강검진 및 생애전환기건강진단 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진결과 정밀평가필요 및 지속관리필요로 판정 받은 영유아의 보호자를 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공**하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다)에서 보건소로 **검진결과 자료를 제공하는 것**과 보건소의 건강관리서비스내역을 국민건강보험공단에 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

*** 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등**

※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.

1. 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관 : 보건소, 국민건강보험공단

② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원

③ 제공하는 개인정보 항목

- 공단 → 보건소
  - · 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료
- 보건소 → 공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우 에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 □ 동의하지 않음 □

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 건강검진정보와 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 □ 동의하지 않음 □

3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의

○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

동의함 □ 동의하지 않음 □

전체 동의함 □

201 년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)			요양기관번호	

KMI 재단법인 한국의학연구소 KOREA MEDICAL INSTITUTE

건강검진 주의사항 및 검진센터약도

건강검진 전날

1. 지나친 음주, 흡연, 과로를 삼가시고 충분한 수면을 취하십시오.
2. **저녁식사**는 오후 8시 이전에 평소보다 가볍게 드시고, 9시 이후에는 물 외에는 금식하십시오.
3. 질병에 관련되어 치료 중이거나 약물치료를 받으시는 분은 주치의 상담 후 검진을 받으십시오.
   내시경 **위,대장** 예약하신 분 중 심장이나 뇌혈관질환으로 혈액응고제를 복용하시는 경우 반드시 담당의와 상의 후 검진하십시오.**아스피린, 쿠마딘(와파린), 플라빅스** 등
   (검진 7일 이내 위의 약을 복용하셨다면 조직검사가 필요한 경우 시행하지 못할 수 있습니다)
4. 여성분들은 생리가 끝나고 약 5~7일 이후에 검사가 가능합니다. **소변, 자궁경부암검사**
   (자궁경부암 검사를 받으실 경우 24시간 내 성관계 및 질정사용을 금하십시오)
5. 임신가능성이 있으신 분은 임신여부를 확인 후 검진 받으십시오.
6. **대장검사가 있으신 경우는 대장검사 안내서의 지시를 따르십시오.**

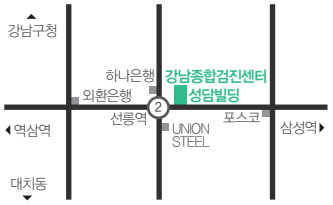
건강검진 당일

1. **아침식사는 물론 물, 껌, 담배 등을 일절 금하십시오.** **검진 전 10시간 이상 금식**
2. 내시경 **위,대장** 예약자 중 혈압약 복용 시
   - 혈압약은 검진 3시간 전 또는 기상 즉시 소량의 물로 복용하십시오.
   - 검진 당일 혈압이 높을 경우 내시경 검사가 불가능할 수 있습니다.
3. 인슐린 또는 당뇨약은 검진을 마치시고 복용하십시오.
4. 수면내시경 예약자는 검진 후 운전이 불가능하오니 대중교통을 이용하십시오.
5. 전립선, 골반강자궁 초음파검사 대상자는 아침 첫소변 이후 소변을 참고 오십시오.
6. 귀중품이나 장신구는 가급적 휴대하지 마시고 어린이 동반은 자제하여 주십시오.
7. 과거 약물에 대한 과민반응이 있으셨던 분은 반드시 직원에게 알려야 합니다. **조영제, 마취제**
8. 검사는 오전 7시부터 시작합니다. 예약 10분 전에 도착하여 주십시오.

약 도

본원(광화문)종합검진센터
서울시 종로구 세종대로23길 54 세종빌딩 1~5층
5호선 광화문역 8번출구 역방향 80m
T 02.3702.9000

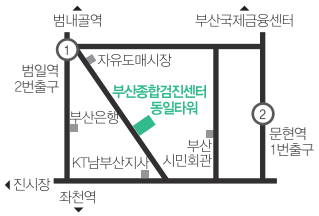
여의도종합검진센터
서울시 영등포구 국제금융로2길 24
삼성생명(주)여의도빌딩14,15,17,18,19층
5,9호선 여의도역 3번출구 100m
T 02.3688.114



강남종합검진센터
서울시 강남구 테헤란로 411 성담빌딩 2~8층
2호선 선릉역 10번출구 30m
T 02.3496.3300

수원종합검진센터
경기도 수원시 권선구 권광로 139번길 11
동양텍스빌1~3층 분당선 수원시청역 4번
출구 전방 30m 좌측 골목길 하이마트와
현대해상보험 사이(도보 3분거리)
T 031.231.0114

대구종합검진센터
대구광역시 중구 국채보상로 611
대구시티센터5층
1호선 중앙로역 3번출구 전방 100m
T 053.430.5000



부산종합검진센터
부산광역시 동구 조방로14
동일타워5층
1호선 범일역 2번, 2호선 문현역 1번 출구
T 051.810.1500

광주종합검진센터
광주광역시 서구 상무중앙로
78번길 5-6 영효빌딩 8~9층
1호선 상무역 5번출구 방면
T 062.602.2100

위장 내시경 검사 동의서

상부 위장관 내시경 검사는 식도나 위 혹은 십이지장에 발생하는 여러 종류의 질환 (예: 위암,위궤양,십이지장 궤양,식도염 등)을 진단하는데 기본적이고 정확한 검사입니다. 진단을 위한 내시경 검사에서 드물지만 합병증 발생의 가능성이 있습니다. 즉 내시경 검사를 위하여 사용되는 여러 가지 약물에 대한 알레르기, 두드러기,천식,기도폐쇄 및 호흡정지 등의 과민반응, 심장 부정맥 혹은 심근 경색증의 악화 및 심정지, 저산소증이나 흡인성 폐렴 ,발열과 패혈증같은 감염증, 식도-위장-십이지장의 출혈 및 천공,내시경 검사에 의한 수일 정도의 위염/속쓰림 및 위궤양 혹은 십이지장 궤양의 악화 같은 매우 다양하고 때로는 매우 심각한 합병증의 발생이 가능합니다. 다만 이러한 합병증의 발생 확률보다는 내시경 검사를 함으로써 얻을 수 있는 이득이 훨씬 많기 때문에 건강검진으로서의 내시경검사는 40세 이상에서 1년에 한번씩 시행하도록 권유하고 있습니다.

기타 합병증

O 검사시의 구역질 / 구토 / 기침에 인한 식도 입구 주위의 부종 / 발작 / 출혈 / 이물감 / 인후 통증
O 부교감 신경 차단제 주사로 인한 녹내장, 전립선 비대증의 악화
O 검사 수 시간 후에 오한, 발열이 있다가 24시간 내에 호전되는 '내시경 열'
O 검사 후 수 시간 정도 귀 밑 이하선이 부어 오르고 통증이 생기는 '캄톤 주머니'
O 내시경 조직검사 후의 심한 출혈도 아주 드물게 있을 수 있습니다.

내시경 검사시 조직 검사가 꼭 필요한 경우에는 더 이상의 설명없이 시행하게 됩니다. 이 점 이해 하시기 바랍니다.

※ 조직검사 비용 및 헬리코박터균 검사는 별도 수납합니다.
※ 조직검사 후 술, 담배, 커피 자극적인 음식은 최소 1주일 정도 피해야 합니다.

※내시경검사 시 주의해야 하는 경우 (반드시 체크하시기 바랍니다)		
1. 약물 과민증	예	아니오
2. 심장병 (협심증, 심근경색증, 부정맥)	예	아니오
3. 고혈압	예	아니오
4. 녹내장	예	아니오
5. 전립선 비대증	예	아니오
6. 간염 / 간경화 (B형 ,C형 ,알콜성 등...)	예	아니오
7. 항응고제 복용 (코마딘 / 와피린 / 아스피린)	예	아니오
8. 천식 / 만성폐쇠성 폐질환 (COPD)	예	아니오
9. 호흡곤란 (운동시 혹은 휴식시)	예	아니오
10. 임신 / 임신가능성 / 수유증	예	아니오
11. 심한 코골이, 수면 - 무호흡 증후군	예	아니오
12. 기타 각종 질환 및 수술병력 : ( )	예	아니오
13. 틀니	예	아니오
14. 인공치아 (임플란트, 의치, 레진, 브릿지, 교정, 라미네이트, 흔들리는 치아 및 기타)	예	아니오
15. 턱관절이상	예	아니오

※ 위내시경검사시 수검자가 마우스피스를 너무 세게 물어서 생기는 치아손상에 대하여 본원은 책임지지 않습니다.

201 년 월 일

성명 ㊞

수면 (의식 하 진정) 내시경 검사 신청서

수면(의식 하 진정) 위장 내시경 검사는 편하게 검사 받을 수 있다는 장점이 있는 반면 불가항력적으로 호흡정지, 심장정지, 치명적인 간 손상, 혼수 내지는 사망에까지 이를 수 있는 등 단점도 비록 흔치 않으나 발생합니다. 또한 약물에 잘 반응하지 않는 경우에는 검사가 불충분하게 될 수도 있습니다.

혈관 약물주사를 사용하여 어느 정도의 진정상태를 유발하여(즉, 반 정도의 약한 마취상태에서) 시행하는 검사라고 할 수 있으며 따라서 수면유도제에 따른 어느 정도 확률의 합병증이 있을 수 있습니다. 꼭 필요한 경우가 아니라면 보다 안전성이 높은 일반내시경 또는 위장조영촬영 검사를 받으시기를 권유 드립니다.

수면 내시경 검사시의 주의사항

- 혈관주사에 의해 진정상태에 도달하며 개인차가 크지만 평균 30분 정도 지속됩니다.
- 대개는 30분~1시간 이내에 의식을 회복하지만 드물게 2시간 이상 지속될수 있습니다.
- 검사 후 3~4시간 정도는 충분한 휴식을 취하여야 합니다. (보호자를 동반하십시오.)
- 검사당일에는 하루 종일 운전, 기계조작, 운동, 중요한 결정 및 회의참석 등은 금합니다. (위험)
- 다소 개인차로 인해 약물이 반응하지 않아 수면유도가 안 될수 있습니다.

※ 수면유도제로 인한 검사진행 및 검사이후 일시 기억상실이 될 수 있습니다.

수면 내시경 검사를 받을 수 없는 경우

- 여러가지 원인의 호흡곤란
- 각종 호흡기 질환 (천식, 만성폐쇄성 폐질환 등)
- 각종 심장질환
- 임산부 / 임신 가능성
- 만성 간질환 (만성 간염, 간경화 등)
- 심한 코골이, 수면 – 무호흡증후군
- 기타 : 과체중 혹은 고령 (만 60세 이상자) 에서도 수면 내시경은 권장되지 않습니다.

※ 수면내시경 검사시 꼭 체크하시기 바랍니다.
계란, 콩 등 음식물 알러지 유무 □유 □무

※ 수면내시경의 경우 위와 같은 경우에는 삼가며 기타 본인의 의지에 의한 문제 발생시 (자가 운전시 발생되는 사고 포함) 본인이 책임져야 함을 상기시켜 드립니다.

본인은 이상의 사실을 이해하였고 수면 내시경 검사를 받기를 원하여 이를 신청하는 바입니다.

201 년 월 일

성명 ㊞