거인병원 Geo-in Hospital (재)전문무용수지원센터 DANCERS' CAREER DEVELOPMENT CENTER

DCDC 전문무용수 부상예방 검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성해주시기 바랍니다. (환자 ID는 비워두세요)

성 명		주민등록번호	-	환자 ID	
성 별		휴대전화		E-mail	
주 소					우편번호

※ 질환력 (가족력 포함) 관련

1. 다음과 같은 **질병으로 진단 받았거나, 현재 약물치료 중 이십**니까? (예 / 아니오)
   - 있다면, (해당된 경우는 모두 √ 를 표기 해주세요.)

질병명	당뇨병	이상지질혈증	폐질환 (기관지염/폐결핵)	심장질환 (심근경색/협심증)	골다공증	고혈압	기타 (암포함)
현재 질병 여부							
약물치료 여부							
가족 환자여부(*)							

(*) 부모 형제, 자매 중에 상기 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우에도 표시해 주십시오.

※ 음주 관련 문항

2. 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에 해당**하는 내용을 작성하여 주십시오.

2-1. 1주에 **평균 며칠**이나 술을 마십니까?

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

2-2. 주로 **어떤 종류**의 술을 마십니까? ( )

2-3. 술을 마실 때 보통 **하루에 얼마나** 마십니까? (병 / 잔)

※ 흡연 관련 문항

3. 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에 해당되는** 내용을 작성하여 주십시오.

3-1. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

① 아니오 ② 예, 지금은 끊었음

③ 예, 현재도 흡연 중

3-2. **현재 흡연**을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?	총 년
평균 하루 흡연 량은 얼마 입니까?	개비

※ 신체 활동(운동) 관련 문항

4. 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에 해당**하는 내용을 작성하여 주십시오.

4-1. 무용을 언제 시작하셨습니까? ( )

4-2. 현재 종사 하고 있는 무용 장르는 무엇입니까?

① 발레 ② 현대무용 ③ 고전무용 ④ 기타 ( )

4-3. 무용 이외에 다른 운동을 하고 계십니까?

□ 있다. (종목 :) □ 없다

4-4. 연습 전 준비 운동을 하십니까?

□ 항상 □ 보통 □ 자주 □ 가끔 □ 드물게 □ 전혀 안한다.

4-4-1. 하신다면, 준비 운동은 어떻게 하십니까? ( )

4-5. 일주일에 무용 하시는 날은 며칠 입니까?

□ 7일 □ 6일 □ 5일 □ 4일 □ 3일 이하

4-6. 하루 무용을 하는 시간은 얼마나 되십니까?

□ 10시간 이상 □ 7시간 이상 □ 5시간 이상 □ 3시간 이상 □ 3시간 이하

4-7. 일 년에 보통 몇 회의 공연을 하십니까? ( )

4-8. 전문무용수로서 본격적으로 활동한 시기는 언제 입니까? (세)

4-9. 평소 햇볕을 쬐며 야외에서 신체활동(운동, 산책 등)을 하십니까?

□ 주 5회 이상 □ 주 3~4회 □ 주 1~2회 □ 거의 하지 않는다

4-9-1. 하신다면, 1회 평균 야외활동 시간은 얼마나 됩니까?

□ 15분 미만 □ 15~30분 미만 □ 30분~1시간 미만 □ 1시간 이상

※ 부상 관련 문항

5. 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에 해당되는** 내용을 작성하여 주십시오.

5-1. 무용과 관련하여 연습 혹은 공연에 지장을(하루 이상) 주는 손상 또는 부상을 경험하신 적이 있습니까?

(예 / 아니오)

있다면 총횟수는 몇 번 입니까? (회)

5-2. 현재 불편감 또는 통증을 느끼는 신체 부위가 있습니까? (예 / 아니오)

있다면 어디입니까? ①목 ②허리 ③어깨 ④무릎 ⑤족부(발목포함) ⑥기타:

5-3. 과거 부상으로 치료 받으신 경험이 있는 경우, 부상 치료이후 후유증이 있습니까? (예 / 아니오)

있다면 구체적으로 설명해주세요 ( )

5-4. 신체 어느 부위에 대해서 자세하게 검진받고 싶으십니까? ( )

※ 기 타

6. 연습할 때 가장 많이 신는 무용전문화의 종류는 무엇입니까?

①없음(맨발, 양말) ②발레 슈즈 ③토슈즈 ④특성화 신발 ⑤기타 ( )

7. 무용연습은 탄력있는 마루바닥에서 하십니까?

① 항상 ② 보통 ③ 자주 ④ 가끔 ⑤ 드물게 ⑥ 전혀 아니다.

8. 부상을 경험했을 때 어떤 치료를 받았습니까?

① 물리치료 ② 도수치료 ③ 시술 ④ 수술 ⑤ 테이핑 ⑥ 전혀 안받았다.

9. 테이핑을 적용한 적이 있다면 누가 해주었습니까?

① 본인 ② 동료 ③ 물리치료사 ④ 운동처방사 ⑤ 의사 ⑥ 교수님, 선생님

10. 본원에서 부상 관련해서 치료를 받으실 의향이 있습니까? (예 / 아니오)

※ 여성분만 응답 해 주세요.

10. 초경은 언제 시작하셨습니까?
① 만_____ 세 ② 초경이 없었음

11. 현재 생리 주기는 어떠십니까?
① 규칙적이다.(매월 28일~35일 주기) ② 불규칙적
③ 자궁적출술을 하였음.

12. 출산 경험이 있으십니까? 있다면 자녀를 몇 명 출산하셨습니까?
① 1명 ② 2명이상 ③ 출산한 적 없음

13. 모유 수유 여부 및 총 수유기간은?
① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년 이상 ④ 수유한적 없음

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

'부상예방검진'의 목적은 자발적으로 참여한 검진자에게 자세진단, 근력검사, 유연성 테스트, 기능적 테스트 등을 통해 부상예방이나 건강증진을 위한 권고사항과 필요한 훈련 및 그 밖의 후속 조치사항에 대한 안내를 해드리기 위해서입니다.

개인의 신상 정보를 제외한 **의학적 데이터**는 부상예방프로그램 개발을 위한 **DB(데이터베이스) 생성에 이용**될 수 있습니다.

나는 위의 내용을 읽고 충분히 이해하였으며 문진표의 질문에 모두 답하였습니다.
체크가 필요한 항목과 작성이 필요한 내용은 서명 전에 모두 확인 하였습니다.

20 년 월 일 성명: (서명)

거인병원 Geo-in Hospital