



# 기초 설문지

## I. 이환

1. 평소 귀하의 건강상태는 어떠신가요?

- ① 매우 좋음    ② 좋음    ③ 보통    ④ 나쁨    ⑤ 매우 나쁨

2. 다음 중 의사로부터 진단을 받고 규칙적으로 약물을 복용 (1개월 20일 이상) 중인 질환이 있으면 (√)표 하십시오

고혈압	당뇨병	고지혈증	뇌졸중(중풍)	심근경색	협심증	골관절염	류마티스성 관절염	폐결핵
(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)
천식	갑상샘질환	우울증	아토피피부염	신부전	B형간염	C형간염	간경변증	암
(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)	(진단)(투약)

## II. 생활습관 개선의지

1. 귀하의 건강생활습관을 실천하고 있습니까?

- ① 6개월 이내에 실천할 의도가 없다    ② 6개월 이내에 실천 예정    ③ 1개월 이내에 실천 예정  
④ 실천 중 (6개월 미만)    ⑤ 실천 중 (6개월 이상)

## III. 흡연 (비흡연자인 경우 「음주」 문항으로 가세요)

1. 지금까지 피운 담배는 총 몇 갑입니까?

- ① 5갑(100 개비) 미만    ② 5갑 (100개비) 이상    ③ 피운 적 없음

2. 처음으로 담배 한 대를 다 피운 시기는 언제입니까? 만 ( ) 세

3-1. 현재 매일 담배를 피우고 있습니까? 하루 ( ) 개비

3-2. 가끔 담배를 피우고 있습니까? 1달 간 흡연 일수 ( ) 일 / 평균 흡연량 ( ) 개비

3-3. 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않고 있습니까? 과거 흡연 기간 ( ) 년 / 하루 평균 흡연량 ( ) 개비

4. 최근 1년 동안 담배를 끊고자 하루(24시간) 이상 금연한 적이 있습니까? ① 예    ② 아니오

5. 귀하의 금연을 실천하고 있습니까?

- ① 6개월 이내에 금연할 의도가 없다    ② 6개월 이내에 금연 예정    ③ 1개월 이내에 금연 예정  
④ 금연 중 (6개월 미만)    ⑤ 금연 중 (6개월 이상)

## IV. 음 주 (술을 안 마시면 「V.정신건강」 문항으로 가세요)

1. 지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까? (제사 때 음복 제외)

- ① 술을 마셔본 적 없음    ② 있음 : 처음 술 1잔을 모두 마신 시기는 언제입니까? 만 ( ) 세

2-1. 술을 얼마나 자주 마십니까?

- ① 최근 1년간 전혀 마시지 않았다    ② 한 달에 1번 미만    ③ 한 달에 1번 정도  
④ 한 달에 2-3번 정도    ⑤ 일주일에 2-3번 정도    ⑥ 일주일에 4번 이상

2-2. 한 번에 술을 얼마나 드십니까? (술 종류에 상관없이 술잔으로 계산, 캔맥주=1.6잔)

- ① 1-2잔    ② 3-4잔    ③ 5-6잔    ④ 7-9잔    ⑤ 10잔 이상

2-3. 한 번의 술자리에서 다음의 음주량 이상으로 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

(남자 : 소주 7잔( 또는 맥주 5캔 정도) 이상, 여자 : 소주 5잔 (또는 맥주 3캔 정도) 이상)

- ① 전혀 없다    ② 한 달에 1번 미만    ③ 한 달에 1번 정도    ④ 일주일에 1번 정도 마심    ⑤ 거의 매일

3. 절주를 실천하고 있습니까? (절주란: 남성 65세 이하 하루 2잔 이하, 남성 65세 이상 & 여성 하루 1잔 이하)

- ① 6개월 이내에 절주할 의도가 없다    ② 6개월 이내에 절주 예정    ③ 1개월 이내 절주 예정  
④ 절주 중 (6개월 미만)    ⑤ 절주 중 (6개월 이상)

## V. 정신 건강 (스트레스를 느끼지 않으면 「VI.영양」 문항으로 가세요)

1. 하루에 보통 몇 시간 주무십니까? ( ) 시간

2. 평소 일상 생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?

- ① 대단히 많이 느낀다    ② 많이 느끼는 편이다    ③ 조금 느끼는 편이다    ④ 거의 느끼지 않는다

3. 스트레스 측정 : 해당 칸에 √표 해 주십시오.

	전혀없다 (1점)	간혹있다 (2점)	종종있다 (3점)	거의언제나 (4점)	언제나항상 (5점)
정신적·육체적으로 감당하기 힘든 어려움을 느낀 적이 있는가?					
생활신념에 따라 살려고 애쓰다가 좌절을 느낀 적이 있는가?					
처한 환경이 인간답게 사는데 부족하다고 느낀 적이 있는가?					
미래에 대하여 불확실하게 느끼거나 불안해 한 적이 있는가?					
할 일들이 너무 많아 중요한 일들을 잊은 적이 있는가?					

4. 최근 1년간 연속 2주이상 일상 생활에 지장있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있습니까?

- ① 예    ② 아니오

5. 최근 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?

- ① 예 (실제로 자살 시도를 한 적이 있다 □ / 없다 □)    ② 아니오

6. 최근 1년간 정신적인 문제(스트레스)로 병원, 전화, 인터넷 등을 통해 상담 받아 본 적이 있습니까?

- ① 예    ② 아니오

## VI. 영양

1. 지난 일주일간 다음 식생활을 실천하였는지 √표 해 주십시오. (주5회 이상 실천 시 “예”)

	주5회 이상 예 (1점)	주4회 이하 아니오 (0점)
나는 곡류를 다양하게 먹고 전곡을 많이 먹습니다.(현미, 잡곡 등 도정하지 않은 곡식)		
나는 여러 가지 색깔의 채소를 매끼 2가지 이상 먹습니다.		
나는 다양한 제철과일을 매일 먹습니다.		
나는 우유, 요구르트, 치즈와 같은 유제품을 매일 먹습니다.		
나는 매일 세끼 식사를 규칙적으로 합니다.		
나는 밥과 다양한 반찬으로 균형 잡힌 식생활을 합니다. (한식 위주 식사)		
나는 짠 음식, 짠 국물을 적게 먹습니다.		
나는 음식을 먹을 때 소금, 간장을 더 넣지 않습니다.		
나는 고기를 먹을 때 기름을 떼어내고 먹습니다.		
나는 튀긴 음식(전이나 부침 포함)을 적게 먹습니다.		

2. 귀하의 바람직한 식생활(주 5회 이상 위의 항목들을 실천하는 것)을 실천하고 있습니까?

- ① 6개월 이내에 실천할 의도가 없다    ② 6개월 이내에 실천 예정    ③ 1개월 이내에 실천 예정  
④ 실천 중 (6개월 미만)    ⑤ 실천 중 (6개월 이상)

제 호  
No.

## 예방접종증명서 Certificate of Immunization

성명 Name		생년월일 Date of Birth(Month/Day/Year)	02/14/2017
		성별 Sex	Male

주소  
Address

접종명 Vaccine	접종차수 Vaccination Series	접종일 Date Given(Month/Day/Year)	접종기관 Provider/Clinic
BCG(Transcutaneous)	1	03/03/2017	hatvithospital
HepB	1	02/14/2017	hatvithospital
HepB	2	03/17/2017	hatvithospital
DTaP	1	04/17/2017	hatvithospital
DTaP	2	06/20/2017	hatvithospital
IPV	1	04/17/2017	hatvithospital
IPV	2	06/20/2017	hatvithospital
Hib	1	04/25/2017	hatvithospital
PCV	1	04/25/2017	hatvithospital
RV5	1	05/08/2017	hatvithospital
MCV4	1	05/08/2017	hatvithospital

1/1

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제27조 및 같은 법 시행규칙 제22조에 따라 위와 같이 예방접종하였음을 증명합니다.

We hereby certify that all the above vaccinations were performed under Article 27 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 22 of the Enforcement regulations of the above-mentioned Act.

2017년 06월 26일  
Year month day

The head of Seongbuk-gu





# 임산부 건강기록부

등록번호 :

성명		주민등록번호			전화번호 (HP)	
주소				마지막월경일	분만 예정장소	
				분만에정일		

임신력	임신회수	자녀수		정상 분만	제왕 절개	사산	유산		조산	기타	기왕력	과거 또는 현재의 특이한 병력
		남	여				자연	인공				
	임신전 신체상황 : 신장                      체중                      혈액형											

일자	임신주수	혈압 (mmHg)	체중 (Kg)	노검사		태아 위치	태아 심음	유방 상태	관리사항 및 보건교육	다음 약속일
				단백	당					

※ 앞뒤 페이지에 색갈로 표시된 부분을 기록하여 주세요.

성명		주민등록번호				등록번호				
일자	임신주수	혈압 (mmHg)	체중 (Kg)	노검사		태아위치	태아심음	유방상태	관리사항 및 보건교육	다음 약속일
				단백	당					

### 개인정보 수집 · 이용 동의서

보건복지부는 지역보건법에 따른 보건소의 업무(진료 및 각종 보건사업 등)를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원, 진료 등 각종 서비스의 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용에 관하여 귀하의 동의를 얻고자 합니다.

동의자 성명 :

주민등록번호 :

개인정보 수집 및 이용 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용합니다.

- 예방접종, 진료, 검사 및 검진 등 각종 의료서비스의 제공
- 모자보건, 구강보건, 노인보건 등 각종 보건사업 관련 상담·교육 및 서비스의 제공
- 진료비 지원 등 각종 현물·현금 급여의 제공
- 그 밖에 보건기관에서 실시하는 각종 서비스에 대한 안내 등

개인정보 수집 및 이용 항목

- 고유식별정보 및 인적사항 : 성명, 성별, 연령, 주민등록정보(등·초본), 연락처, 이메일주소
- 민감정보 : 건강상태 및 진료이력, 기타 타법에 의한 실시되는 공공부초·사회서비스 수혜이력 등
- 기타 정보 : 건강보험 관련 정보 등 그 밖에 동의자에 대한 서비스 제공에 필요한 사항

개인정보 보유 및 이용기간

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다.
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 관련 구비서류 또는 증빙서류를 직접 제출하여야 합니다. 서류 제출을 거부할 경우에는 각종 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.

상기명 본인은 개인정보보호법 제15조·제18조, 제23조 및 제24조에 따른 개인정보, 민감정보, 고유식별 정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

20    년    월    일

동의인 :

(서명)

관계 :

(대리인 서명 시) 사유 :

## 정릉아동보건의소 개인정보 수집·이용에 대한 동의 안내

### <개인정보 수집·이용에 대한 동의>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 : 프로그램 대상자 모집 및 예약관리
2. 수집하는 개인정보의 항목
  - 필수정보 : 닉네임, 성명(엄마, 아이), 아이 생년월일(연령)
  - 선택정보 : 연락처(전화번호 또는 휴대폰번호), 거주동
3. 개인정보의 보유·이용 기간 : 해당 프로그램 운영 기간 동안(1개월)
4. 귀하는 위와 같은 개인정보 수집·이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 동의 거부시에도 프로그램 이용은 가능하나 일정 안내 등의 서비스는 제한될 수 있습니다.

(단, 프로그램 신청을 위한 최소한의 정보인 필수정보는 미동의시 이용 불가)

※ 정보주체가 만 14세 미만 아동이 포함되어 있으므로 법정대리인이 동의하여 주시기 바랍니다.

☞ 신청댓글 맨 뒤에 "동의 or 미동의"를 적어주세요.

(댓글 예시: 홍길동/홍길순/12.08.25/010-1234-5678/동의)

가족 ID	
담당 간호사	

## <서울아기 건강 첫걸음 사업> 임신부 등록

다음의 설문은 보건소를 방문하는 모든 임신부에게 동일하게 이루어집니다. 답변한 내용은 보건소에서 임신부를 대상으로 제공하는 간호사의 가정방문 프로그램의 제공과 평가에 사용됩니다. 개인 비밀은 보장되고 다른 목적으로는 사용되지 않습니다.  
설문지의 흰색 부분에만 답하여 주십시오.

작성일	년    월    일	작성자	<input type="checkbox"/> 임신부 <input type="checkbox"/> 아기아빠 <input type="checkbox"/> 기타(    )	
임신부 성명		생년월일(양력)	년    월    일	
집 전화번호		휴대전화번호		
집 주소				
아기아빠 성명		아기아빠 휴대전화번호		
자녀 수(성/연령)				
현재 임신 주수	임신    주	출산예정일	년    월    일	
임신 후 산부인과 진료를 처음 받은 때는 언제입니까?	임신 _____ 주째			
산후조리 장소와 기간	<input type="checkbox"/> 현재 거주지 <input type="checkbox"/> 산후조리원 (    주) <input type="checkbox"/> 기타 _____ (    주)			
귀하는 기초생활수급자나 차상위 계층에 해당하나요?	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위 계층		<input type="checkbox"/> 해당 없음	
귀하는 신체적 또는 정신적 장애를 가지고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 신체적 장애 <input type="checkbox"/> 정신적 장애		<input type="checkbox"/> 해당 없음	
귀하는 출산 후 아빠 없이 혼자 아이를 양육하나요? (한부모 가족인가요?)	<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요	
현재 주 2회 이상 음주를 하시나요?	<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요	
현재 담배를 피우십니까?	<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요	
귀하가 주로 자라고 살아온 곳이 대한민국입니까?	<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니요 (국가:    )	



## 지난 일주일 동안의 기분에 대하여 답하여 주십시오.

곧 출산을 앞두고 계시거나, 최근 출산을 하신 분들을 대상으로 심리상태를 알아보려고 합니다. 오늘의 심리상태가 아니라 최근 7일 동안 귀하께서 느끼신 감정에 가장 가까운 답변에 체크해 주시기 바랍니다.

이미 작성된 아래의 예를 참조하시기 바랍니다.

Q. 저는 최근 행복하다고 느꼈습니다:

- 예, 항상 그러하였습니다.
- 예, 대부분의 경우(대체로) 그러하였습니다.
- 아니요, 별로 그렇지 않았습니다.
- 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.

예문의 경우; 답변자가 지난 1주일동안 "대부분의 경우(대체로) 행복하다고 느꼈다"고 대답한 것입니다.

예문과 마찬가지로 다음의 질문들에 답변해 주시기 바랍니다.

(출처: Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.)

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. 나는 잘 웃고 주변 일들의 재미난 면을 잘 볼 수 있었습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예전과 마찬가지로 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예전보다는 조금 덜 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예전보다 확실히 많이 그러하지 못하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 전혀 그렇지 못하였습니다.</li> </ul> <p><b>2. 나는 즐거운 마음으로 미래에 일어날 일들을 기대하였습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예전과 마찬가지로 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예전보다는 조금 덜 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예전보다는 확실히 덜 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 거의 그러하지 못하였습니다.</li> </ul> <p><b>3. 일이 잘못될 경우 나는 지나치게 나 스스로를 탓하였습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 대부분의 경우(대체로) 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 종종 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 자주 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> <p><b>4. 나는 특별한 이유 없이 초조하고 불안하였습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 거의 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 때때로 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 자주 그러하였습니다.</li> </ul> <p><b>5. 나는 뚜렷한 이유 없이 두려움 혹은 공포심을 느꼈습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 꽤 자주 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 종종 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 그다지 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> | <p><b>6. 상황이 내게는 너무 버겁게 느껴졌습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 대부분의 경우 상황을 전혀 감당할 수 없었습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 예전처럼 상황을 처리하지 못하는 때가 종종 있었습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 대부분의 경우 상황을 잘 처리할 수 있었습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 늘 그렇듯이 상황을 잘 처리했습니다.</li> </ul> <p><b>7. 나는 너무 불행해서 잠을 이루기가 어려웠습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 대부분의 경우 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 종종 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 자주 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> <p><b>8. 나는 슬프고 비참하다고 느꼈습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 대부분의 경우 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 꽤 자주 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 자주 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> <p><b>9. 너무 불행하다고 느껴서 울었습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 대부분의 경우 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 예, 꽤 자주 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아주 가끔 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 아니요, 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> <p><b>10. 자해하고 싶다는 생각이 들었습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 예, 꽤 자주 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 때때로 그러하였습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 거의 그렇지 않았습니다.</li> <li><input type="checkbox"/> 전혀 그렇지 않았습니다.</li> </ul> |
|--|--|

## 다음의 질문에 답하여 주십시오.

다음 질문은 귀하와 남편/파트너에 관한 질문으로 아이의 양육과 관련된 것들입니다. 이 질문을 통해 보건소의 임산부-영유아 가정방문 간호사가 임산부에게 필요한 서비스를 제공하고자 합니다. 개인 비밀을 보장하며 가정방문 프로그램의 제공과 평가 이외의 목적으로는 사용되지 않습니다. 응답하기 싫은 질문에 대해서는 답하지 않으셔도 됩니다.

1. 귀하는 아기에 대해 실제적인 도움을 받을 수 있는 사람이 있습니까?

예 (남편, 친정어머니, 시어머니, 친구 등)       아니요

2. 귀하의 느낌이나 걱정거리에 대해 이야기할 수 있는 누군가가 있습니까?

예 (남편, 친정어머니, 시어머니, 친구 등)       아니요

3. 지난 12개월 동안 중대한 스트레스나 변화 또는 상실을 겪은 적이 있습니까?

있다 --> 아래 질문에 추가 응답       없다

• 지난 12개월 동안 어떤 사건이 있었습니까?

이사    이혼 또는 별거    경제적 문제    가까운 사람의 죽음

다른 심각한 걱정거리 (구체적으로 \_\_\_\_\_)

4. 귀하는 자신이 대체로 자신감 있는 사람이라고 여깁니까?

예       아니요

5. 귀하는 집안 물건이나 주변 상황이 정리되지 않고 혼란스러우면 걱정을 많이 하게 됩니까?

예       아니요

6. 귀하는 2주 또는 그 이상의 기간 동안 불안하거나 비참하거나 걱정되거나 우울하다고 느꼈습니까?

예 --> 아래 질문에 추가 응답       아니요

• 만일 그렇다면 그 상황으로 인해 귀하께서 하시는 일이나 친구, 가족과의 관계가 심각하게 지장을 받았나요?

예       아니요

7. 귀하는 과거나 현재에 감정 또는 정서적 문제로 치료를 받은 적이 있습니까?

예       아니요

8. 남편(파트너)과의 사이는 어떻습니까? 아래에 간단히 적어 주십시오.

\_\_\_\_\_

9. 아기를 낳고 나면 귀하와 남편/파트너의 사이가 어떻게 될 것으로 생각하십니까?  
아래에 간단히 적어 주십시오.

\_\_\_\_\_

10. 이제 아기를 갖게 되면서 귀하의 어린 시절이 어땠는지 더 많이 생각할 수도 있습니다.  
어렸을 때 신체적, 정서적, 성적인 학대를 받은 경험이 있습니까?

예       아니요

11. 가정폭력은 엄마는 물론 아기의 성장과 발달에 부정적인 영향을 끼칩니다.  
가정폭력과 관련하여 도움이 필요하십니까?

예       아니요

12. 더 이야기하고 싶은 걱정거리가 있습니까?

예 (아래에 간단히 적어 주십시오)     아니요

\_\_\_\_\_

1. 위의 질문에 답하시면서 마음이 불편하거나 도움이 필요하시면 보건소 담당자(작성한 등록지를 제공한 직원)에게 말씀해 주시기 바랍니다.

2. 귀하의 답변에 기초하여 보건소의 영유아건강 간호사가 가정방문과 관련하여 전화연락을 드리고자 합니다. 영유아건강 간호사가 귀하의 연락처(집 전화 또는 휴대전화)로 연락하는 것에 동의하십니까?

예, 전화 연락에 동의합니다.

아니요, 전화 연락에 동의하지 않습니다.

성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

## <서울아기 건강 첫걸음 사업> 개인정보 수집·이용 동의서

나는 개인정보의 수집·이용·제공, 민감정보의 처리에 관한 사항에 대하여 이해하였으며, 「개인정보보호법」에 따라 본인의 개인정보 처리(수집·이용·제공 등)에 자발적으로 동의합니다.

### 1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

[개인정보의 수집·이용 목적]

- <서울아기 건강 첫걸음 사업>의 참여자를 위한 상담, 교육, 보건복지서비스 연계 등 서비스 제공
- 사업 효과의 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용

[수집하는 개인정보]

- 인적사항 : 이름, 생년월일, 성별, 주소, 전화번호
- 임신 및 출산 정보, 임신부와 신생아의 건강상태, 영유아 성장발달 등 건강 관련 정보

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?       동의함       동의하지 않음

### 2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

상기의 <서울아기 건강 첫걸음 사업> 관련 개인정보는 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계 자료로 활용될 수 있습니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?       동의함       동의하지 않음

### 3. 민감정보의 수집동의

수집한 개인의 건강정보는 민감정보로서 목적 이외의 용도로는 사용되지 않으며, 이용 목적이 변경될 경우에는 사전에 동의를 구할 것입니다.

민감정보의 수집에 동의하십니까?       동의함       동의하지 않음

[개인정보 보유기간]

- 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용 목적을 달성할 때까지
- 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음.

참여자      성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 201 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

동의서 구독자      성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 201 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

@@구 보건소장 귀하

## <서울아기 건강 첫걸음 사업> 보편방문 서비스를 안내합니다!

안녕하십니까? 서울특별시와 @@구는 '건강한 미래를 위한 공평한 출발'을 모토로 아동의 건강한 출발을 위한 <서울아기 건강 첫걸음 사업>을 실시하고 있습니다. @@구 보건소는 사업 지역으로 선정되어 구내 일부 동(洞)에 거주하는 임산부와 영유아를 대상으로 서비스를 제공하고 있습니다.

### ■ 어떤 서비스를 받게 되나요?

전문교육을 이수한 영유아건강 간호사가 출산 후 4주 이내에 가정을 방문하여 아기와 산모의 건강상태를 살피고, 모유수유, 아이 달래기, 재우기 등 육아에 대해 이야기를 나누며 도움을 드립니다. 또한 보건소와 유관기관에서 이용하실 수 있는 영유아 보건복지서비스에 대해 안내해 드립니다. 방문 후에는 서비스 질 향상을 위해 1-2개월 이내에 귀하의 휴대전화로 설문조사 참여를 요청하는 문자가 발송됩니다.

### ■ 어떻게 참여할 수 있나요?

사업 설명을 듣고 확인하신 후 동의서에 서명하시면 사업에 참여할 수 있습니다. 참여를 원하지 않으실 경우 동의서에 서명하지 않으시면 됩니다. 또한 동의서에 서명한 이후에도 언제든지 불이익 없이 도중에 중단하실 수 있습니다. 이 사업에 참여하시는 데에 귀하의 경제적 부담은 없습니다. 모든 비용은 보건소와 서울시가 부담합니다. 이 사업에 참여하심으로써 얻게 되는 금전적인 보상은 없습니다.

### ■ 개인정보의 비밀은 보장되나요?

저희 @@구 보건소는 서비스 제공 과정에서 수집된 모든 개인정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 사업 결과물을 보고서나 학회지 논문으로 출간할 때 귀하의 이름과 다른 개인정보는 사용되지 않을 것입니다. 귀하께서 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

---

## <서울아기 건강 첫걸음 사업> 보편방문 서비스 참여 동의서

나는 사업 설명문을 읽었으며 영유아건강 간호사와 이에 대하여 의논하였습니다. 나는 보편방문을 제공받는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.

참여자            성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 201 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

동의서 구독자    성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 201 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

문의처: 영유아건강 간호사 @@@ (보건소 연락처), @@@팀 팀장 @@@ (연락처: @@@@-@@@@)

@@구 보건소장 귀하

<서식 1> 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

## 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

성북구보건소에서는 지역사회 통합건강증진사업을 제공하여 건강위험요인과 건강문제 관리에 대한 동기를 부여하여 자가건강관리능력을 증진시키고자 합니다.

지역사회 통합건강증진사업은 대상자의 건강상태에 따라 보건소 내외의 서비스가 이뤄질 것입니다. 간단한 건강검사 후 맞춤형 교육 및 상담과 프로그램이 이뤄지고 필요한 경우 지역 내 보건복지 서비스 연계를 제공 받으실 수 있습니다.

참여하시게 되면 금전적인 대가는 없으며 도중에 그만두고 싶다면 언제든지 중단하실 수 있습니다. 이에 관한 문의사항은 담당자나 성북구보건소로 연락주시면 됩니다.

본 서비스를 통하여 수집된 귀하의 건강 정보는 서비스 제공 및 국가 통계자료로만 사용되며 다른 목적으로는 절대 사용되지 않을 것입니다.

본인은 지역사회 통합건강증진사업 대상자로 등록하는 것에 동의하고, 개인정보의 수집·이용·제공, 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항에 대하여 충분히 이해하였으며, 「개인정보 보호법」에 따라 본인의 개인정보 처리(수집·이용, 제공 등)를 아래와 같이 동의합니다.  
(\*필수입력)

*성명		*주민등록번호	
*주소			
*휴대폰 번호		전화번호	
이메일			

- 서비스 참여 동의
- 개인정보 수집·이용 동의
- 개인정보 제3자 제공 동의
- 건강정보 및 주민등록번호 등 처리 동의

201   년    \_\_\_  월    \_\_\_  일

신청인 : \_\_\_\_\_ (서명)

관    계 :  본인    법정대리인

설명자 : \_\_\_\_\_ (서명)

성북구청장(보건소장) 귀하

개인정보처리자는 만14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 합니다.

### <개인정보 동의획득 상세>

#### 1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

##### [개인정보의 수집·이용 목적]

보건소는 다음과 같은 이유로 개인정보를 수집합니다.

- 가. 지역사회 통합건강증진사업 대상자의 건강증진을 위한 대상자관리, 건강상담 및 교육, 보건복지 서비스 연계 등 건강관리서비스 제공
- 나. 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용

##### [수집하는 개인정보의 항목]

- 가. 인적사항 : 이름, 주민등록번호, 주소, 휴대폰 번호, 이메일
- 나. 건강정보 : 사업별 조사기록, 서비스 제공 기록

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

##### [개인정보 보유기간]

- 가. 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용목적에 달성할 때까지
- 나. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?     동의함     동의하지 않음

## 2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

가. 지역사회 통합건강증진사업 대상자의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위해 성북구 보건소에서는 지역 내 보건복지서비스를 연계하고 있습니다. 이를 위해 성북구보건소가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.

1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보
2. 정보의 제공 대상 : 성북장애인복지관, 성북시각장애인복지관 등 지역 복지관, 승가원장애아동시설, 주민복지회관, 건강보험공단 지사, 동주민센터 등 서비스 연계 해당 기관
3. 정보의 이용목적 : 타 기관의 보건·복지 서비스 연계
4. 정보의 보유 및 이용기간 : 지역사회 통합 건강증진사업 대상자 등록관리 기간

나. 지역사회 통합건강증진사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 성북구보건소는 보건복지부 및 한국건강증진개발원, 질병관리본부, 국립재활원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등에 아래의 내용에 따라 개인정보를 제공하게 됩니다.

1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보
2. 정보의 이용목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구
3. 정보의 보유 및 이용기간 : 해당 연구의 진행기간

다. 전자정보의 관리 : 개인정보에 대한 전자화 정보 관리는 「지역보건법」 제30조의 4에 의해 ‘사회보장정보원’에서 대행 관리합니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

## 3. 민감정보의 수집동의

성북구보건소는 수집한 개인의 건강정보는 민감정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

- 생애주기별 건강증진서비스 질 관리
- 보건·복지서비스 연계
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

민감정보의 수집에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

## 4. 고유식별정보의 수집동의

성북구보건소는 서비스 제공을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.

※ 귀하는 고유식별정보의 처리에 대한 상기 동의를 거부 할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우는 지역사회 통합건강증진사업 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

- 생애주기별 건강증진서비스 제공
- 보건·복지서비스 연계
- 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

고유식별정보의 수집에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음