

# 건강여성 첫걸음 클리닉 점검표

건강 상담에 동의한 경우 아래 문항에 표시하면서 사춘기의 특징적인 신체 발달에 대해 알아보고, 평소 궁금했던 점을 의사 선생님과 상담해 보세요.

□ 상담 대상자 이름 :

□ 생년월일:

① 건강 상담 동의	<input type="checkbox"/> 동의합니다(☞ ②번 문항으로 넘어가세요.) <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다(☞ 아래 ②~⑥번 문항은 표시하지 마세요.)
② 초경 여부 확인	<input type="checkbox"/> 예 (      년      월) <input type="checkbox"/> 아니오 (☞ ⑤번 문항으로 넘어가세요.)
③ 월경력 확인	1. 최근 월경 시작일 : _____ 2. 월경 주기 : <input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적 3. 월경 기간 : <input type="checkbox"/> 2~7일 <input type="checkbox"/> 2일 미만 혹은 8일 이상
④ 월경 관련 증상	1. 월경통 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 · 월경통이 있다면 (      )점 (매우 심한 경우 10점) <div style="text-align: center;"> </div> · 학교생활에 지장을 주는 월경통인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 · 진통제를 복용한 경험이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 (복용 시 효과가 있었나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오) <input type="checkbox"/> 아니오 2. 월경 양 (해당사항 모두 표시해 주세요.) <input type="checkbox"/> 1-2시간 마다 생리대를 바꿔야 한다. <input type="checkbox"/> 밤에 생리대를 바꾸기 위해 잠에서 깬다. <input type="checkbox"/> 일주일 이상 월경이 지속된다. <input type="checkbox"/> 월경 양이 많아 학교생활이 힘들다. <input type="checkbox"/> 월경 때 피곤하고 어지럽거나, 숨이 찬 적이 있다. <input type="checkbox"/> 위 내용 모두 해당사항 없다. 3. 월경 주기 : <input type="checkbox"/> 21~45일 <input type="checkbox"/> 21일 미만 혹은 46일 이상
⑤ 유방 발달	아래는 유방 발달에 대한 설명입니다. 자신에게 해당되는 경우를 골라주세요. <input type="checkbox"/> 1단계 : 유방이 발달하지 않았음 <input type="checkbox"/> 2단계 : 젖멍울이 생기고 만져짐 <input type="checkbox"/> 3단계 : 유방이 점점 커지고 유륜(젖꼭지 주위의 피부보다 진하고 둥근 부분)도 넓어짐 <input type="checkbox"/> 4단계 : 커진 유방 위로 유륜이 언덕처럼 튀어나옴 <input type="checkbox"/> 5단계 : 튀어나왔던 유륜이 유방 전체와 같은 면으로 들어가고 젖꼭지만 튀어 나옴
⑥ 자궁경부암 예방접종력	<input type="checkbox"/> 있음 (접종일:      년      월      일) <input type="checkbox"/> 없음

아래 문항은 상담 후 의사 선생님이 작성해 주십시오.

구 분	확 인 내 용	확 인 ☑
①	2차 성징과 초경에 대한 안내 자료를 제공하였음	<input type="checkbox"/>
②	초경 여부를 확인하였음	<input type="checkbox"/>
③-1	(초경을 한 경우라면) 월경과다 여부를 확인하였음	<input type="checkbox"/>
③-2	비정상 자궁출혈(월경 양, 간격 등) 여부를 확인하였음	<input type="checkbox"/>
③-3	월경통 여부를 확인하였음	<input type="checkbox"/>
④	(초경을 하지 않은 경우라면) 2차 성징 발현 여부를 확인하였음	<input type="checkbox"/>

작성일:

의료기관명:

의사성명:

(서명)



보건복지부

질병관리본부



강남구보건소