

1 개인정보 처리 동의서

서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

부천시보건소에서는 귀하에게 금연지원서비스를 제공하여 흡연자의 금연동기를 강화하고, 금연을 통해 건강 증진을 도모하고자 합니다.

금연클리닉 서비스는 대상자의 흡연상태에 따라 맞춤형 교육 및 상담 서비스 등이 이뤄질 것입니다.

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

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

- ☒ 본인은 보건소에서 제공하는 금연클리닉 대상자로 등록하는 것에 동의하고, 개인정보의 수집·이용·제공, 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항에 대하여 충분히 이해하였으며, 「개인정보보호법」에 따라 본인의 개인정보 처리(수집·이용, 제공 등)를 아래와 같이 동의합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명)

관 계 : □ 본인 □ 법정대리인

담 당 자 : (서명)

부천시보건소장 귀하

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

개인정보 동의 획득 상세

1) 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

[개인정보의 수집·이용 목적]

보건소는 다음과 같은 이유로 개인정보를 수집합니다.

가. 본인여부 확인

나. 흡연자의 금연실천과 건강증진을 위한 대상자관리, 금연상담, 니코틴 보조제 제공 등
금연지원서비스 제공

다. 사업의 효과측정 및 평가, 통계분석, 만족도 조사에 활용

[수집하는 개인정보의 항목]

1. 필수항목

가. 인적정보 : 이름, 성별, 생년월일, 전화번호, 주소

나. 건강정보 : 과거 질병력, 복용약물, 금연 보조제 및 치료제 금기증, 호기일산화탄소,
혈압

다. 기타정보 : 그 밖에 등록 및 매회 서비스 중 수집되는 흡연력 평가 및 금연상담 정보

2. 선택항목

가. 인적정보 : 이메일, 직업, 학력, 의료보장유형

나. 신체정보 : 체중, 신장, 복부둘레

다. 습관 및 취미정보 : 음주 및 운동여부

[개인정보 보유 및 이용기간]

- 금연클리닉 서비스 종료일로부터 3년

- 다만, 보유 및 이용기간이 완료된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에 보유할 수 있음

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

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 부분 동의함(선택항목 미동의) ☐ 동의하지 않음

2) 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

<p>가. 금연클리닉 서비스 대상자의 효과적이고 효율적인 금연지원서비스 제공을 위해 부천시 보건소에서는 국가금연지원서비스를 연계하고 있습니다. 이를 위해 부천시보건소가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 국가금연지원서비스 제공기관에 제공하게 됩니다.</p> <p>1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보</p> <p>2. 정보의 제공 대상 : 국민건강보험공단, 국립암센터 등 국가금연지원서비스 연계 기관</p> <p>3. 정보의 이용목적 : 금연지원 서비스 연계</p> <p>4. 정보의 보유 및 이용기간 : 금연클리닉 서비스 종료일로부터 3년</p>
<p>※ 귀하는 개인정보의 제3자 제공에 관한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 동의하지 않을 경우 타 기관의 금연지원서비스 연계 대상에서 제외됩니다. (금연클리닉 서비스 제공 가능)</p>
<p>개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>
<p>나. 부천시보건소는 금연클리닉 서비스의 질적 향상을 위해 금연클리닉 이용자 만족도 조사를 실시하고자 개인정보의 일부항목을 제3자에 제공하고자 합니다. 제공된 개인정보는 금연 클리닉 이용자 만족도 조사 통계산출목적 외 다른 목적으로 쓰이지 않으며, 목적을 달성한 즉시 삭제됩니다. 제3자 제공에 대한 동의는 거부할 수 있으며, 거부에 따른 불이익은 발생하지 않습니다.</p> <p>1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보</p> <p>2. 정보의 제공 대상 : 보건소 금연클리닉 이용자 만족도 조사 위탁업체</p> <p>3. 정보의 이용목적 : 보건소 금연클리닉 이용자 만족도 조사</p> <p>4. 정보의 보유 및 이용기간 : 만족도 조사 기간(당해 연도 7월 ~ 익년도 1월)</p>
<p>※ 귀하는 개인정보의 제3자 제공에 관한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 동의하지 않을 경우 보건소 금연클리닉 이용자 만족도 조사 대상에서 제외됩니다. (금연클리닉 서비스 제공 가능)</p>
<p>개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

3) 민감정보의 수집동의

<p>부천시보건소는 수집한 개인의 건강정보는 민감정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.</p> <p>가. 민감정보 항목 : 과거 질병력, 복용약물 등 건강에 관한 정보</p> <p>나. 이용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> - 금연클리닉 서비스 제공 - 국가금연지원서비스 연계 - 사업의 효과측정 및 평가, 통계분석 <p>라. 정보의 보유 및 이용기간 : 금연클리닉 서비스 종료일로부터 3년</p>
<p>※ 귀하는 민감정보 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우는 금연클리닉 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.</p>
<p>민감정보의 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

2 금연클리닉 등록카드 및 니코틴의존도 평가문항

금연클리닉 등록카드			
등록일	_____ 년 _____ 월 _____ 일	등록번호	
성명		성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
생년월일	_____ 년 _____ 월 _____ 일 (만 _____ 세)	전화 번호	집
주소			휴대폰
이메일			직장
금연클리닉 등록경로 (다중 선택 가능)	<input type="checkbox"/> ① TV 및 라디오 광고를 통해 <input type="checkbox"/> ② 플랜카드, 포스터, 홍보책자 등을 통해 <input type="checkbox"/> ③ 인터넷을 통해 <input type="checkbox"/> ④ 보건소 안내문을 통해 <input type="checkbox"/> ⑤ 주변의 권유 <input type="checkbox"/> ⑥ 금연상담전화로 통해 <input type="checkbox"/> ⑦ 행사/이벤트를 통해 <input type="checkbox"/> ⑧ 의료진의 권고 <input type="checkbox"/> ⑨ 기타 : _____		
처음흡연연령		하루 평균 흡연량	총 흡연 기간
만 _____ 세 (혹은 _____ 년도)		_____ 개비	_____ 년 _____ 개월
사용 중인 담배제품 (모두 선택)	<input type="checkbox"/> ① 쥘련(일반담배) <input type="checkbox"/> ② 액상형 전자담배 (니코틴 함유) <input type="checkbox"/> ③ 액상형 전자담배 (니코틴 미함유) <input type="checkbox"/> ④ 쥘련형 전자담배 (아이코스, 릴, 글로 등) <input type="checkbox"/> ⑤ CSV형 전자담배(쥘, 릴 베이퍼 등) <input type="checkbox"/> ⑥ 머금은 담배(스누스) <input type="checkbox"/> ⑦ 파이프 담배 <input type="checkbox"/> ⑧ 엽쥘련(시가) <input type="checkbox"/> ⑨ 각련(말아 피우는 담배) <input type="checkbox"/> ⑩ 물 담배 <input type="checkbox"/> ⑪ 씹는 담배 <input type="checkbox"/> ⑫ 냄새 맡는 담배 <input type="checkbox"/> ⑬ 무응답		
금연지지가 (다중 선택 가능)	금연하는데 도움을 주는 사람은 누구입니까? <input type="checkbox"/> ① 부모/조부모 <input type="checkbox"/> ② 형제자매 <input type="checkbox"/> ③ 배우자/애인 <input type="checkbox"/> ④ 자녀 <input type="checkbox"/> ⑤ 친구/선후배 <input type="checkbox"/> ⑥ 직장동료 <input type="checkbox"/> ⑦ 교사 <input type="checkbox"/> ⑧ 의료인 <input type="checkbox"/> ⑨ 기타 : _____ <input type="checkbox"/> ⑩ 없음		
질병정보	<input type="checkbox"/> ① 구강인두암 <input type="checkbox"/> ② 후두암 <input type="checkbox"/> ③ 식도암 <input type="checkbox"/> ④ 기관, 기관지 및 폐암 <input type="checkbox"/> ⑤ 급성 골수성 백혈병 <input type="checkbox"/> ⑥ 위암 <input type="checkbox"/> ⑦ 간암 <input type="checkbox"/> ⑧ 췌장암 <input type="checkbox"/> ⑨ 신장암 <input type="checkbox"/> ⑩ 요관암 <input type="checkbox"/> ⑪ 자궁경부암 <input type="checkbox"/> ⑫ 방광암 <input type="checkbox"/> ⑬ 결직장암 <input type="checkbox"/> ⑭ 뇌졸중 <input type="checkbox"/> ⑮ 실명, 백내장, 노인성 황반변성증 <input type="checkbox"/> ⑯ 모성흡연으로 인한 선천적 결함:구강안면 파열 <input type="checkbox"/> ⑰ 치주염 <input type="checkbox"/> ⑱ 청소년기 대동맥류, 조기 복대동맥죽상경화증 <input type="checkbox"/> ⑲ 관상동맥심질환 <input type="checkbox"/> ⑳ 폐렴 <input type="checkbox"/> ㉑ 동맥경화성폐질환 말초혈관질환 <input type="checkbox"/> ㉒ 만성폐쇄성폐질환, 결핵, 천식, 호흡기영향, 비염 <input type="checkbox"/> ㉓ 당뇨 <input type="checkbox"/> ㉔ 여성 생식기계영향(생식능력저하 포함) <input type="checkbox"/> ㉕ 고관절 골절 <input type="checkbox"/> ㉖ 자궁외임신 <input type="checkbox"/> ㉗ 남성 성기능-발기부전 <input type="checkbox"/> ㉘ 류마티스관절염 <input type="checkbox"/> ㉙ 고혈압 <input type="checkbox"/> ㉚ 고지혈증 <input type="checkbox"/> ㉛ 기타 : _____		
현재 복용 중인 약물	복용이유		

니코틴패치 금기증 여부	<input type="checkbox"/> ① 최근 2주내 불안정 협심증 혹은 심근경색 <input type="checkbox"/> ② 중증 부정맥 <input type="checkbox"/> ③ 뇌졸중 <input type="checkbox"/> ④ 장기적인 피부염(건선 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 피부 알레르기 <input type="checkbox"/> ⑥ 임신 또는 수유 중 <input type="checkbox"/> ⑦ 기타 : _____ <input type="checkbox"/> ⑧ 없음				
신장 (cm)		체중 (kg)		BMI	
복부둘레 (inch)		혈압 (mmHg)	/	호기일산화탄소 농도 (ppm)	
음주 경험	<input type="checkbox"/> ① 최근 1년 간 술을 전혀 마시지 않았음 <input type="checkbox"/> ② 최근 1년 간 술을 마신 적이 있음 ↓ 1회 음주량 _____ 잔 ※ 종류에 상관없이 술잔을 기준으로 음주량 확인. 단, 캔맥주 1개(355cc)=1.6잔 음주 횟수 일주일에 평균 _____ 회				
운동 여부	※ 주1회, 10분 이상, 중강도 신체활동 실천 여부 (평소보다 숨이 약간 차거나, 심장이 약간 빠르게 뛸 정도) <input type="checkbox"/> ① 있음 <input type="checkbox"/> ② 없음 - 일, 이동, 스포츠 여가 활동을 모두 포함하여 응답 - 예: 빠르게 걷기, 웨이트 트레이닝, 필라테스, 물건 나르기, 청소, 육아 등 ↓ 운동 종류 _____ 운동 횟수 일주일에 평균 _____ 회 운동량 한 번 운동할 때 평균 _____ 시간 _____ 분				
※ 다음의 3가지는 금연정책의 목표와 우선순위 결정, 정책과 사업의 효과성 평가 등 다양한 근거를 산출하고, 그것을 바탕으로 더 나은 금연지원서비스를 제공하기 위한 목적에서 수집하는 추가 문항입니다. 필요한 경우 응답을 거부하실 수 있으며, 미응답 시에도 금연지원서비스를 이용하실 수 있습니다.					
건강보험 종류	<input type="checkbox"/> ① 국민건강보험 <input type="checkbox"/> ② 의료급여 <input type="checkbox"/> ③ 모름 <input type="checkbox"/> ④ 미가입 <input type="checkbox"/> ⑤ 무응답/응답거부				
교육수준	<input type="checkbox"/> ① 무학 <input type="checkbox"/> ② 초등학교 졸업 이하 <input type="checkbox"/> ③ 중학교 졸업 이하 <input type="checkbox"/> ④ 고등학교 졸업 이하 <input type="checkbox"/> ⑤ 전문대/대학교 졸업 이하 <input type="checkbox"/> ⑥ 대학원 수료 이상 <input type="checkbox"/> ⑦ 모름 <input type="checkbox"/> ⑧ 무응답/응답거부				
직업 (보기 선택이 어려울 시 ⑭ 기타란에 가능한 자세히 기입)	<input type="checkbox"/> ① 관리자 (의회의원, 공공기관, 기업 등 고위직, 임원 및 관리자 등) <input type="checkbox"/> ② 전문가 및 관련종사자 (연구원, 프로그래머, 건축가, 기술자, 의사, 교사, 종교인 등) <input type="checkbox"/> ③ 사무 종사자 (사무원, 행정원, 비서, 상담원 등) <input type="checkbox"/> ④ 서비스 종사자 (경찰, 소방관, 간병인, 승무원, 미용사, 조리사 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 판매 종사자 (각종 영업 및 판매원) <input type="checkbox"/> ⑥ 농업어업 수련 종사자 (농림어업 재배, 사육, 감별, 가공 관련 종사자) <input type="checkbox"/> ⑦ 기능 및 관련기능 종사자 (기공, 제조, 건축, 설비 등 관련 종사자) <input type="checkbox"/> ⑧ 장치, 기계조작 및 조립 종사자 (철강, 식품가공 등에 따른 기계 조작용) <input type="checkbox"/> ⑨ 단순 노무 종사자 (건설, 하역, 운송 등 단순 노무 종사자) <input type="checkbox"/> ⑩ 군인 <input type="checkbox"/> ⑪ 청소년(24세 이하) <input type="checkbox"/> ⑫ 대학생 <input type="checkbox"/> ⑬ 무직 <input type="checkbox"/> ⑭ 기타: _____ <input type="checkbox"/> ⑮ 모름 <input type="checkbox"/> ⑯ 무응답/응답거부 <출처: 통계청, 한국표준직업분류, 2017(제7차 개정)>				
금연결심일	_____ 년 _____ 월 _____ 일		금연시작일	_____ 년 _____ 월 _____ 일	

흡연자 평가

1) 지난 1년 동안 금연 시도 여부?

☐① 예(가장오랫동안 금연시도 기간: _____개월 _____일) ☐② 아니오

2) 담배를 끊기 위해서 시도했던 방법은? (해당사항 모두 표시)

☐① 자기 의지 ☐② 보건소 금연클리닉
☐③ 지역금연지원센터(금연캠프, 찾아가는 금연지원서비스) ☐④ 금연상담전화
☐⑤ 병의원 금연치료
☐⑥ 기타 서비스 또는 대체용품 사용 _____

3) 금연에 실패한 이유는?

☐① 본인의 의지가 약해서 ☐② 금단증상 때문에
☐③ 스트레스가 쌓여서 ☐④ 주위의 유혹에 의해서
☐⑤ 금연 후 체중이 늘어서 ☐⑥ 기타 _____

4) 이번에 담배를 끊고 싶은 이유를 가장 큰 이유부터 3가지를 표시하십시오. 첫 번째 이유 (),
두 번째 이유 (), 세 번째 이유 ()

- ① 가족 혹은 주변사람들의 권유
- ② 스스로의 건강을 위해(현재 질병악화 및 장래 질병발생예방)
- ③ 담뱃값 인상 등 경제적 이유
- ④ 금연구역 확대 등 환경적 이유
- ⑤ 깨끗한 이미지 관리를 위해서(예: 입 냄새가 고약, 옷에 담배 냄새가 났음)
- ⑥ 나의 흡연으로 주위사람 건강에 나쁜 영향을 미치는 것을 방지하기 위해서
- ⑦ 금연의지를 보여주기 위해
- ⑧ 흡연자에 대한 사회적 시선 때문
- ⑨ 기타 _____

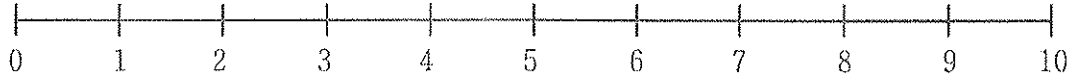
5) 평소에 하루 중 가장 흡연을 참기 힘든 시기는 언제입니까?

- ☐① 아침에 일어나자마자 ☐② 잠들기 전 ☐③ 식사 후
- ☐④ 화장실에서/샤워 후 ☐⑤ 휴식시간
- ☐⑥ 습관적 상황에서(활력이 필요할 때/담배를 피우지 않음을 깨달을 때, 술/커피마실 때,
혼자있거나 무언가 기다릴 때 등)
- ☐⑦ 긍정적 상황에서(친구나 가족과 함께 있을 때, 대화나 피로를 풀 때 등)
- ☐⑧ 부정적 상황에서(스트레스 받을 때, 일이 뜻대로 안될때, 화날 때 등)
- ☐⑨ 흡연자와 같이 있거나, TV의 배우 또는 주위 흡연자의 모습을 보았을 때
- ☐⑩ 기타 _____

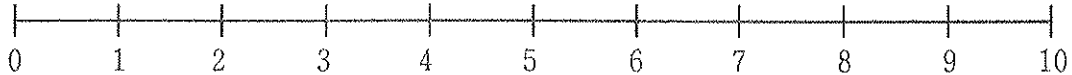
6) 금연동기, 금연자신감, 금연준비 정도

(다음의 각 항목에 따라 1점부터 10점까지 체크)

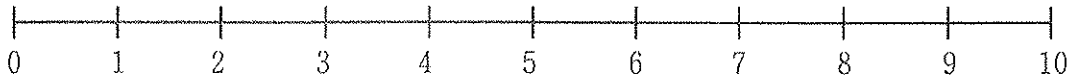
① 금연은 당신에게 어느 정도 중요합니까?



② 당신은 금연에 성공할 자신감이 어느 정도입니까?



③ 당신은 금연할 준비가 어느 정도 되어 있습니까?



<출처: Counsellors Manual for Commercial Tobacco Cessation Treatment, 2010, Canada>

니코틴의존도평가

(1)아침에 일어나서 얼마 만에 첫 담배를 피우십니까?

☐ 5분 이내(3) ☐ (2) 6분~30분 사이(2) ☐ 31분~60분 사이(1) ☐ 60분 이후(0)

(2) 금연구역(도서관, 영화관, 병원 등)에서 흡연을 참기가 어렵습니까?

☐ 예(1) ☐ 아니오(0)

(3) 하루 중 담배 맛이 가장 좋은 때는 언제입니까?

☐ 아침 첫 담배(1) ☐ 그 외의 담배(0)

(4)하루에 보통 몇 개비나 피우십니까?

☐ 10개비 이하(0) ☐ 11~20개비(1) ☐ 21~30개비(2) ☐ 31개비 이상(3)

(5) 아침에 일어나서 첫 몇 시간동안 하루 중 다른 시간보다 더 자주 담배를 피우십니까?

☐ 예(1) ☐ 아니오(0)

(6) 몸이 아파 하루 종일 누워있을 때에도 담배를 피우십니까?

☐ 예(1) ☐ 아니오(0)

니코틴의존도 판정 결과

_____점

상기 본인은 부천시보건소 금연클리닉 상담서비스에 등록하는 것을 동의합니다.

20 년 월 일 성명 (서명)