

개인정보 동의획득 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 금연지원서비스제공

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 과천시보건소에서는 국가 금연지원서비스를 연계하고 있습니다.</p> <p>이를 위해 과천시보건소가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 국가 금연지원서비스 제공기관에 제공하게 됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위: 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보 2. 정보의 제공 대상: 국민건강보험공단, 국립암센터 등 국가 금연지원서비스 연계 기관 3. 정보의 이용목적: 금연지원 서비스 연계 4. 정보의 보유 및 이용기간: 금연클리닉 서비스 종료일로부터 3년
<p>※ 귀하는 개인정보의 제3자 제공에 관한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 동의하지 않을 경우 타기관의 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. 과천시보건소는 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.</p> <p>제3자 제공에 대한 동의는 거부할 수 있으며, 거부에 따른 불이익은 발생하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위: 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보 2. 정보의 제공 대상: 보건소 금연클리닉 이용자 만족도 조사 위탁업체 3. 정보의 이용목적: 보건소 금연클리닉 이용자 만족도 조사 4. 정보의 보유 및 이용기간: 만족도 조사 기간(당해 연도 7월 ~ 익년도 1월)
<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>과천시보건소는 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 - 국가 금연지원서비스 연계 - 사업의 효과 측정 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>

[붙임2]

금연클리닉 등록카드 및 니코틴의존도 평가문항

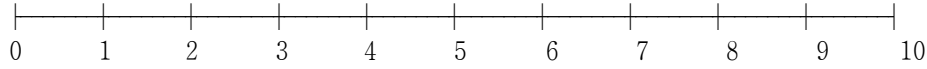
금연클리닉 등록카드			
등록일	_____년 _____월 _____일	등록번호	
성명		성별	<input type="checkbox"/> ①남 <input type="checkbox"/> ②여
생년월일	_____년 _____월 _____일 (만 _____세)	연락처	집
주소			휴대폰
이메일			직장
금연클리닉 등록경로 (다중 선택 가능)	<input type="checkbox"/> ① TV 및 라디오 광고를 통해 <input type="checkbox"/> ② 플랜카드, 포스터, 홍보책자 등을 통해 <input type="checkbox"/> 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 궐련(일반담배) <input type="checkbox"/> ② 액상형 전자담배 (니코틴 함유) <input type="checkbox"/> ③ 액상형 전자담배 (니코틴 미함유) <input type="checkbox"/> ④ 궐련형 전자담배 (아이코스, 릴, 글로 등) <input type="checkbox"/> ⑤ CSV형 전자담배(줄, 릴 베이퍼 등) <input type="checkbox"/> ⑥ 머그는 담배(스누스) <input type="checkbox"/> ⑦ 파이프 담배 <input type="checkbox"/> ⑧ 엽궐련(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: 구강인면 파열 <input type="checkbox"/> ⑰ 치주염 <input type="checkbox"/> ⑰ 청소년기 대동맥류, 조기 복대동맥죽상경화증 <input type="checkbox"/> ⑱ 관상동맥심질환 <input type="checkbox"/> ⑲ 폐렴 <input type="checkbox"/> ⑳ 동맥경화성폐질환 말초혈관질환 <input type="checkbox"/> ㉑ 만성폐쇄성폐질환, 결핵, 천식, 호흡기영양, 비염 <input type="checkbox"/> ㉒ 당뇨 <input type="checkbox"/> ㉒ 여성 생식기계영행(생식능력저하 포함) <input type="checkbox"/> ㉓ 고관절 골절 <input type="checkbox"/> ㉓ 자궁외임신 <input type="checkbox"/> ㉔ 남성 성기능-발기부전 <input type="checkbox"/> ㉔ 류마티스관절염 <input type="checkbox"/> ㉕ 고혈압 <input type="checkbox"/> ㉕ 고지혈증 <input type="checkbox"/> ㉖ 기타 _____		
현재 복용 중인 약물		복용이유	

니코틴패치 금기 증여부	<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 1년간 술을 전혀 마시지 않았음 <input type="checkbox"/> ② 최근 1년간 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	<input type="checkbox"/> ① 있음 * 주1회, 10분 이상, 중강도 신체활동 실천 여부 (평소보다 숨이 약간 차거나, 심장이 약간 빠르게 뛸 정도) - 일, 이동, 스포츠 여가 활동을 모두 포함하여 응답 <input type="checkbox"/> ② 없음 - 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 37지는 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 농림어업 숙련 종사자(농림어업 재배, 사육, 감별, 가공 관련 종사자) <input type="checkbox"/> ⑦ 기능 및 관련기능 종사자(가공, 제조, 건축, 설비 등 관련 종사자) <input type="checkbox"/> ⑧ 장치, 기계조작 및 조립 종사자(철강, 식품가공 등에 따른 기계 조직원) <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	

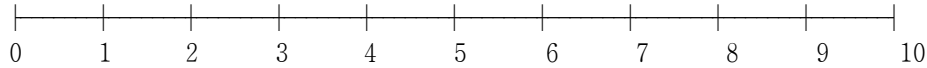
6) 금연동기, 금연자신감, 금연준비 정도

(다음의 각 항목에 따라 1점부터 10점까지 체크)

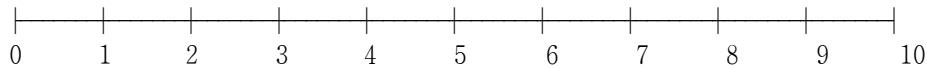
① 금연은 당신에게 어느 정도 중요합니까?



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 얼마만에 첫 담배를 피우십니까?

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

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

- 예 (1) 아니오 (0)

(3) 하루 중 담배 맛이 가장 좋은 때는 언제입니까?

- 아침 첫 담배 (1) 그외의 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 시간 동안 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 과천시보건소 금연클리닉 상담서비스에 등록하는 것을 동의합니다.

20 년 월 일 성명 (서명)