

국민건강영양조사 참여 동의서

관리번호 :

1. 본인은 국민건강영양조사의 내용을 충분히 이해하고 자의(自意)에 의해 검진조사, 건강설문조사, 영양조사에 참여하는 것을 동의합니다.

※ 다음 조사항목에 대하여 설명자로부터 충분히 설명을 듣고 이해하신 후, 참여에 동의하는 항목의 ☐ 안에 √ 표시를 해주십시오.

| 조사항목 | 대상 연령 |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 검진조사 | |
| <input type="checkbox"/> 신체계측(키, 체중, 허리둘레) | 만1세이상 |
| <input type="checkbox"/> 구강검사 | 만1세이상 |
| <input type="checkbox"/> 시력검사 | 만5-18세 |
| <input type="checkbox"/> 혈압측정 | 만10세이상 |
| <input type="checkbox"/> 혈액검사 | 만10세이상 |
| <input type="checkbox"/> 소변검사 | 만6세이상 |
| <input type="checkbox"/> 근력검사 | 만10세이상 |
| <input type="checkbox"/> 폐기능검사 | 만40세이상 |
| <input type="checkbox"/> 건강설문조사 | 만1세이상 |
| <input type="checkbox"/> 영양조사 | 만1세이상 |

2. 본인의 혈액검체를 조사 목적을 위해 사용한 후 잔여혈액을 검사 결과의 정확도 및 신뢰도 등을 위해 재분석 또는 추가 분석에 활용(4년보관)하는데 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

3. 본인은 본인의 조사 결과를 공공기관(통계청, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 중앙암등록본부)의 자료와 연계하여 사용하는 것에 동의합니다.

| 제공기관 | 연계자료명 | 연계자료 내용 | 동의 여부 |
|-----------|--------------------------|---------------------------------|--|
| 통계청 | 사망자료 | 사망일, 사망원인 등 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 국민건강보험공단 | 건강보험료납부 내역, 건강검진, 의료이용자료 | 건강보험자격, 보험료, 건강검진, 급여내역 등 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 건강보험심사평가원 | 요양급여비용 청구명세서 | 상병내역, 수술 및 처치, 약제·치료 재료, 진료내역 등 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 중앙암등록본부 | 암등록자료 | 원발부위, 최초진단일 등 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

※ 타 기관에 제공된 자료는 개개인의 식별이 불가능하게 처리된 후 활용됩니다.

4. 본인은 국민건강영양조사 수행과 관련 통계 작성의 과정에서 필요한 개인정보를 질병관리본부에 제공하는데 동의합니다.

[수집·이용 목적] ① 우리나라 국민의 건강 및 영양 상태 관한 국가통계 생산
② 만성질환의 위험요인과 사망원인 파악 등을 위한 역학연구

[개인정보 수집 항목] 성명, 전화번호, 주소

☐ 위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

[고유식별정보 수집 항목] 주민등록번호

☐ 위 고유식별정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

[민감정보 수집 항목] 키, 체중, 허리둘레, 구강건강, 시력, 소음노출, 악력, 만성질환(고혈압, 당뇨병, 이상지혈증, 신장질환, 간질환 등, 만10세 이상), 만성폐쇄성폐질환(만40세 이상), 질병의 과거력, 가족력 등 검진 및 설문조사 항목

☐ 위 민감정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

[보유·이용 기간] 상기 『개인정보의 수집 및 이용목적』을 달성하는데 필요한 기간 동안에 한하여 보유 및 이용됩니다. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있습니다.

5. 본인이 원하지 않으면 개인정보 수집을 거절할 수 있으며, 거절하더라도 아무런 불이익이 없음을 이해하였습니다.

6. 본인은 질병관리본부에 자신의 개인정보에 대한 열람, 정정, 삭제, 처리정지 등의 요구를 언제든지 요청할 수 있음을 이해하였습니다.

「개인정보보호법」에 의거 위와 같이 개인 정보 수집 및 이용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인: _____(서명)

관 계: ☐ 본인 ☐ 법정대리인

설명자: _____(서명)

질병관리본부 건강영양조사과

만 14세 미만 아동의 개인정보 수집·이용을 위하여 법정대리인의 동의가 필요합니다. 법정대리인의 신원확인을 위하여 법정대리인의 신분증(주민등록증, 여권, 운전면허증)과 법정 대리인임을 확인할 수 있는 서류(가족관계 증명서 등)를 제시하여 주시기 바랍니다.