

# 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 동의하시는 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.