

--	--	--	--

한국 소아청소년의 건강에 관한 설문조사 (중학생용)

인 사 말 씀

한국 소아청소년의 건강에 관한 설문조사는 질병관리청의 국민건강증진사업 일환이며, 우리나라 소아와 청소년의 건강상태를 평가하기 위한 목적으로 마련되었습니다. 조사 결과와 개인적인 사항은 연구 이외의 목적으로는 절대 사용되지 않을 것임을 약속드립니다.

※ 설문지 작성시 유의사항

- ♠ 질문에 대한 대답은 빈칸을 검은색 볼펜 혹은 사인펜으로 V 표시해 주십시오.
- ♠ 만약 실수로 잘못 표시하였다면 틀린 곳에 X 표한 후, 원하는 곳에 V 표시하여 주십시오.
- ♠ 별다른 지시가 없으면 한 개의 질문에 하나의 답을 표시하여 주십시오.

선정 질문

학 교 명			
학 년 / 반 / 번 호	학년	반	번호
성 명			
생 년 월 일	년	월	일
성 별	① 남자 ② 여자		
키 / 몸 무 게	키	cm	몸무게 kg
조 사 일 시	2022년 월 일		

조사주관



질병관리청

조사기관

한국갤럽

문의처

(주)한국갤럽조사연구소 심경섭 부장 ☎ 02-3702-2604, 이현정 연구원 ☎ 02-3702-2598



A. 호흡기 질환 관련 사항 (I)

A1

귀하께서는 태어나서 지금까지 숨 쉴 때 가슴에서 쉼쉼거리는 소리나 휘파람 소리가 난 적이 한번이라도 있었습니까?

- ① 예 ➡ A1-1 로 이동
 ② 아니오 ➡ A2 로 이동

A1-1

귀하는 지난 12개월 동안 숨 쉴 때 가슴에서 쉼쉼거리는 소리나 휘파람 소리가 난 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오 ➡ A2 로 이동

A1-2

귀하는 지난 12개월 동안 숨 쉴 때 가슴에서 쉼쉼거리는 소리나 휘파람 소리가 난 적이 몇 번이나 있었습니까?

- ① 1~3회
 ② 4~12회
 ③ 13회 이상

A1-3

귀하는 지난 12개월 동안 숨 쉴 때 가슴에서 쉼쉼거리거나 휘파람 소리를 내며 잠에서 깨어난 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오

A2

귀하는 태어나서 지금까지 “천식”이라고 진단받은 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오 ➡ A4 으로 이동

A3

귀하는 지난 12개월 동안 천식으로 치료를 받은 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오

A4

귀하는 지난 12개월 동안 운동 중이나 운동 후에 숨 쉴 때 가슴에서 쉼쉼거리는 소리나 휘파람 소리가 난 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오

A5

귀하는 지난 12개월 동안 감기 또는 폐렴이 아니면서, 가래가 나오지 않는 마른기침을 한밤 중이나 새벽에 한 적이 있었습니까?

- ① 예
 ② 아니오



B. 코 질환 관련 사항 (II)

B1

귀하는 태어나서 지금까지 감기나 독감을 앓고 있지 않은데도 재채기, 콧물 또는 코막힘 증상을 보인 적이 있었습니까?

★ 모든 질문은 감기나 독감에 걸리지 않았을 때의 증상을 말합니다.

① 예 ➡ B1-1 로 이동

② 아니오 ➡ B2 로 이동

B1-1

귀하는 지난 12개월 동안 감기나 독감을 앓고 있지 않은데도 재채기, 콧물 또는 코막힘 증상을 보인 적이 있었습니까?

① 예

② 아니오 ➡ B2 로 이동

B1-2

그렇다면, 주로 어떤 증상이 나타났습니까? (해당사항에 모두 √ 표시해 주세요)

① 평소에 자주 재채기를 한다

② 평소에 자주 콧물이 나온다

③ 평소에 자주 코가 막힌다

④ 평소에 자주 코가 가려워 코를 자주 비빈다

⑤ 평소에 자주 눈이 가려워 눈을 자주 비빈다

B1-3

귀하는 지난 12개월 동안 어느 달에 이러한 코 증상들이 나타났습니까?
(해당되는 시기에 모두 √ 표시해 주세요)

① 1월

② 2월

③ 3월

④ 4월

⑤ 5월

⑥ 6월

⑦ 7월

⑧ 8월

⑨ 9월

⑩ 10월

⑪ 11월

⑫ 12월

⑬ 1~12월 내내 수시로

B1-4

귀하는 지난 12개월 동안 이런 코 증상 때문에 일상생활(학업, 놀이, 수면 등)이 힘들었습니까?

① 예

② 아니오

B1-5

귀하는 지난 12개월 동안 반복적인 코 증상이 한번 시작되면 얼마나 오래 지속되었습니까?

① 약 1주

② 약 2주

③ 약 3주

④ 4주 이상

B2

귀하는 태어나서 지금까지 “알레르기비염”으로 진단받은 적이 있었습니까?

① 예

② 아니오 ➡ C1 로 이동

B3

귀하는 지난 12개월 동안 “알레르기비염”으로 치료받은 적이 있었습니까?

① 예

② 아니오



C. 피부 질환 관련 사항

C1

귀하는 태어나서 지금까지 가려운 피부발진(‘태열’ 또는 ‘아토피피부염’이라고도 함)이 생겼다 없어졌다 하면서 최소 6개월 이상 지속된 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → C2로 이동

C1-1 귀하는 지난 12개월 동안 위와 같은 가려운 피부발진이 나타난 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → C2로 이동

C1-2 위와 같은 가려운 피부발진이 어느 때라도 아래 부위에 나타난 적이 있었습니까?

팔꿈치 안쪽 접히는 부위, 무릎 뒤쪽 접히는 부위, 발목 앞쪽 또는 엉덩이 아래 부위, 목, 귀 또는 눈 주위

- ① 예
- ② 아니오

C1-3 귀하는 이런 가려운 피부 발진이 언제 처음 생겼습니까?

- ① 생후 12개월 이내
- ② 생후 13~35개월
- ③ 만 3~4세
- ④ 만 5~6세
- ⑤ 만 7세 이상

C1-4 지난 12개월 동안 이런 피부발진 때문에 가려워서 잠을 설친 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ① 지난 12개월 간은 없었다
- ② 1주일에 1회 이하
- ③ 1주일에 2회 이상

C1-5 지난 12개월 동안 피부 발진이 완전히 없어진 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오

C2

귀하는 태어나서 지금까지 “아토피피부염”으로 진단받은 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → D1로 이동

C3

귀하는 지난 12개월 동안 “아토피피부염”으로 치료받은 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오



D. 식품으로 인한 질환 관련 사항

D1

귀하는 태어나서 지금까지 특정한 음식에 대해 알레르기 증상(두드러기, 가려움증, 기침, 호흡곤란 등)이 나타난 적이 있습니까?

① 예

② 아니오 ➡ E1 로 이동

D1-1 의심되었던 음식은 무엇입니까? 의심되었던 음식 **모두** 표시해 주십시오.

유제품류	① 계란	② 우유			
견과류	③ 땅콩	④ 호두	⑤ 아몬드	⑥ 잣	⑦ 캐슈넛
	⑧ 밤	⑨ 그 외 견과류(_____)			
콩/밀류	⑩ 콩	⑪ 밀	⑫ 메밀		
과일류	⑬ 사과	⑭ 복숭아	⑮ 키위	⑯ 자두	⑰ 파인애플
	⑱ 바나나	⑲ 수박	⑳ 그 외 과일(_____)		
채소류	㉑ 토마토	㉒ 샐러리	㉓ 당근	㉔ 브로콜리	
	㉕ 그 외 채소(_____)				
고기류	㉖ 소고기	㉗ 닭고기	㉘ 돼지고기		
해산물류	㉙ 새우	㉚ 게	㉛ 바닷가재	㉜ 조개	㉝ 전복
	㉞ 굴	㉟ 홍합	㊱ 고등어	㊲ 대구	㊳ 오징어
	㊴ 낙지	㊵ 그 외 해산물(_____)			
기타	㊶ 참깨	㊷ 들깨	㊸ 해바라기씨	㊹ 번데기	㊺ 마
	㊻ 기타(적을 것 : _____)				

D2

여러 가지 식품에 의해 다양한 알레르기 증상이 나타날 수 있습니다. 각각의 원인 식품별로 귀하에게 나타난 알레르기 증상을 응답해주시길 바랍니다.

먼저 첫 번째 의심되는 음식이 무엇인지 응답해 주시기 바랍니다.

의심되는 음식 #1: (_____)

D2-1

의심되었던 음식을 먹으면 어떤 증상이 나타났습니까? 해당되는 사항에 모두 표시해 주십시오.

- | | | |
|-------------|-----------|----------|
| ① 두드러기 | ② 가려움증 | ③ 피부발진 |
| ④ 습진 | ⑤ 얼굴이 붓는다 | ⑥ 눈이 붓는다 |
| ⑦ 입술이 붓는다 | ⑧ 구토 | ⑨ 설사 |
| ⑩ 복통 | ⑪ 기침 | ⑫ 콧물 |
| ⑬ 쉼쉼거림 | ⑭ 호흡곤란 | ⑮ 청색증 |
| ⑯ 혈압저하 | ⑰ 의식저하 | |
| ⑱ 기타(_____) | | |

D2-2

의심되었던 음식을 먹은 후 증상이 나타날 때까지 걸린 시간은 대략 얼마였습니까?

- ① 30분 미만
- ② 30분~2시간 미만
- ③ 2시간~4시간 미만
- ④ 4시간 이상 경과 후

D2-3

이러한 증상들은 의심되는 음식을 먹을 때마다 반복적으로 나타났습니까?

- ① 항상 증상이 나타났다
- ② 가끔 증상이 나타났다
- ③ 다시 먹은 적이 없어서 모르겠다

D2-4

위와 같은 식품 알레르기 증상은 언제 처음 나타났습니까?

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| ① 만 12개월 미만 | ② 만 12-23개월 | ③ 만 2-5세 |
| ④ 만 6-12세 | ⑤ 만 13세 이상 | |

D2-5

의심되었던 음식에 대하여 태어나서 지금까지 의사로부터 식품알레르기로 진단받은 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

D3 두 번째 의심되는 음식이 무엇인지 응답해 주시기 바랍니다.

의심되는 음식 #2: (_____)

D3-1

의심되었던 음식을 먹으면 어떤 증상이 나타났습니까? 해당되는 사항에 모두 표시해 주십시오.

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| ① 두드러기 | ② 가려움증 | ③ 피부발진 |
| ④ 습진 | ⑤ 얼굴이 붓는다 | ⑥ 눈이 붓는다 |
| ⑦ 입술이 붓는다 | ⑧ 구토 | ⑨ 설사 |
| ⑩ 복통 | ⑪ 기침 | ⑫ 콧물 |
| ⑬ 쉼쉼거림 | ⑭ 호흡곤란 | ⑮ 청색증 |
| ⑯ 혈압저하 | ⑰ 의식저하 | ⑱ |

기타(_____)

D3-2

의심되었던 음식을 먹은 후 증상이 나타날 때까지 걸린 시간은 대략 얼마였습니까?

- ① 30분 미만
- ② 30분~2시간 미만
- ③ 2시간~4시간 미만
- ④ 4시간 이상 경과 후

D3-3

이러한 증상들은 의심되는 음식을 먹을 때마다 반복적으로 나타났습니까?

- ① 항상 증상이 나타났다
- ② 가끔 증상이 나타났다
- ③ 다시 먹은 적이 없어서 모르겠다

D3-4

위와 같은 식품 알레르기 증상은 언제 처음 나타났습니까?

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| ① 만 12개월 미만 | ② 만 12-23개월 | ③ 만 2-5세 |
| ④ 만 6-12세 | ⑤ 만 13세 이상 | |

D3-5

의심되었던 음식에 대하여 태어나서 지금까지 의사로부터 식품알레르기로 진단받은 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니요

D4 세 번째 의심되는 음식이 무엇인지 응답해 주시기 바랍니다.

의심되는 음식 #3: (_____)

D4-1 의심되었던 음식을 먹으면 어떤 증상이 나타났습니까? 해당되는 사항에 모두 표시해 주십시오.

- | | | |
|-----------|-----------|-------------|
| ① 두드러기 | ② 가려움증 | ③ 피부발진 |
| ④ 습진 | ⑤ 얼굴이 붓는다 | ⑥ 눈이 붓는다 |
| ⑦ 입술이 붓는다 | ⑧ 구토 | ⑨ 설사 |
| ⑩ 복통 | ⑪ 기침 | ⑫ 콧물 |
| ⑬ 뺨뺨거림 | ⑭ 호흡곤란 | ⑮ 청색증 |
| ⑯ 혈압저하 | ⑰ 의식저하 | ⑱ 기타(_____) |

D4-2 의심되었던 음식을 먹은 후 증상이 나타날 때까지 걸린 시간은 대략 얼마였습니까?

- ① 30분 미만
- ② 30분~2시간 미만
- ③ 2시간~4시간 미만
- ④ 4시간 이상 경과 후

D4-3 이러한 증상들은 의심되는 음식을 먹을 때마다 반복적으로 나타났습니까?

- ① 항상 증상이 나타났다
- ② 가끔 증상이 나타났다
- ③ 다시 먹은 적이 없어서 모르겠다

D4-4 위와 같은 식품 알레르기 증상은 언제 처음 나타났습니까?

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| ① 만 12개월 미만 | ② 만 12-23개월 | ③ 만 2-5세 |
| ④ 만 6-12세 | ⑤ 만 13세 이상 | |

D4-5 의심되었던 음식에 대하여 태어나서 지금까지 의사로부터 식품알레르기로 진단받은 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오



E. 심한 알레르기 증상 관련 사항

E1

태어나서 지금까지 특정한 물질에 노출된 후 아래와 같은 증상 중 두 가지 이상이 한꺼번에 나타난 적이 있습니까?

- 1) 피부 증상 (두드러기, 홍반, 입술 부종, 가려움 등)
- 2) 호흡기 증상 (갑작스런 기침, 콧물, 쌉쌉거림, 호흡곤란 등)
- 3) 소화기 증상 (구토, 설사, 복통 등)
- 4) 심혈관계 증상 (혈압저하, 의식저하 등)

① 예

② 아니오 ➡ E2 로 이동

E1-1

위와 같은 증상이 지난 12개월 동안에 발생한 적이 있습니까?

① 예

② 아니오 (원인에 노출되어도 아무 증상이 없다)

③ 의심되는 원인에 다시 노출하지 않아서 모르겠다

E1-2

원인은 무엇이었습니까?

① 식품

② 약물

③ 곤충독(벌독, 개미독)

④ 운동

⑤ 식품 섭취 후 운동 연관

⑥ 원인을 모름

⑦ 기타(적을 것 : _____)

E2

태어나서 지금까지 의사에게 아나필락시스 혹은 급성 알레르기 쇼크로 진단받은 적이 있습니까?

① 예

② 아니오

E3

지난 12개월 동안 에피네프린 자가주사기(젝스트, 에피펜)를 처방받은 적이 있습니까?

① 예

② 아니오



F. 눈 질환 관련 사항

F1

귀하는 태어나서 지금까지 아폴로 눈병(유행성 결막염)이 아니면서 자주 눈이 가렵고 빨개지고 **부은** 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 ➡ **F2** 로 이동

F1-1 지난 12개월 동안 위와 같은 가려운 눈의 증상이 나타난 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오

F2

귀하는 태어나서 지금까지 “알레르기(성) 눈병” (알레르기 결막염)이라고 **진단**받은 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 ➡ **G1** 로 이동

F3

귀하는 지난 12개월 동안 “알레르기(성) 눈병” (알레르기 결막염)으로 **치료**받은 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오

수고하셨습니다. 성실하게 답변해 주셔서 대단히 감사합니다.

다음 페이지 부터는 학생 보호자 분께서 응답해 주시기를 부탁드립니다.



G. 한국 어린이 청소년의 건강과 관련한 환경에 대한 설문조사

G1

설문대상 자녀의 가족 중 의사로부터 다음의 질환으로 진단받은 적이 있습니까?
해당사항이 없을 때에는 “아니오”에 표기하여 주십시오.

질 환 명	아버지		어머니		형제/자매/남매중 누구라도	
	아니오	예	아니오	예	아니오	예
(1) 천식	①	②	①	②	①	②
(2) 알레르기비염	①	②	①	②	①	②
(3) 알레르기결막염	①	②	①	②	①	②
(4) 아토피피부염	①	②	①	②	①	②
(5) 식품알레르기	①	②	①	②	①	②

※ 출생부터 현재까지의 환경과 질환에 관한 질문입니다.

G2

설문대상 자녀의 분만 형태는 어디에 해당합니까?

① 자연분만

② 제왕절개술

G3

설문대상 자녀는 임신 몇 주만에 태어났습니까? (예정일에 출생한 경우는 40주입니다)

① 30주 이하 (8개월 이하)

② 31주~33주

③ 34주~36주

④ 37주~42주

⑤ 43주 이상 (11개월 이상)

G4

설문대상 자녀의 출생 시 체중은 얼마였습니까?

① 2.0 kg 미만

② 2.0~2.5 kg

③ 2.6~3.0 kg

④ 3.1~3.5 kg

⑤ 3.6~4.0 kg

⑥ 4.1 kg 이상

G5

설문 대상 자녀는 출생 후 언제까지 모유를 먹었습니까?

① 모유를 먹지 않았다

② 1개월 미만

③ 1개월 이상 ~ 3개월 이하

④ 4개월 이상 ~ 6개월 이하

⑤ 7개월 이상 ~ 12개월 이하

⑥ 13개월 이상

※ 현재 귀댁 자녀의 거주 환경에 대한 질문입니다.

G12 현재 거주하시는 집의 벽이나 천장에 습기 찬 얼룩이나 곰팡이가 있습니까?

① 예

② 아니오

G13 현재 거주하시는 집에 공기청정기를 사용하십니까?

① 예

② 아니오

※ 반려동물과 관련된 질문입니다.

G14 설문대상 자녀를 임신 한 후 지금까지 한번이라도 반려동물을 기르거나 반려동물이 있는 곳에서 일주일 이상 지낸 적이 있습니까?

① 예

② 아니오 ➡ **G15**로 이동

G14-1

설문대상 자녀를 임신한 기간 또는 자녀 출생 후 1년 이내에 어떤 반려동물을 기른 적이 있습니까?

① 예

② 아니오 ➡ **G14-2**로 이동

G14-1-1

설문대상 자녀를 임신한 기간 또는 자녀 출생 후 1년 이내에 어떤 반려동물을 길렀습니까?

① 개

② 고양이

③ 개, 고양이 둘 다

④ 기타 ()

G14-2

현재 설문대상 자녀가 사는 집에서 반려동물을 기르고 계십니까?

① 예

② 아니오 ➡ **G16**로 이동

G14-2-1

현재 설문대상 자녀가 사는 집에서 어떤 반려동물을 기르고 있습니까?

① 개

② 고양이

③ 개, 고양이 둘 다

④ 기타 ()

G14-2-1

지금 기르는 반려동물과 함께 지낸 것은 설문대상 자녀가 몇 살 때부터 인가요? 여러 마리라면 가장 오래된 반려동물을 기준으로 표시해 주세요.

① 출생 이전부터

② 출생 후 0~11개월

③ 만 1~3세

④ 만 4~6세

⑤ 만 7세 이후

G15

설문대상 자녀는 지난 1년 동안 반려동물을 만나면 **알레르기 반응**(가려움증, 발진, 재채기, 콧물, 기침 등의 증상)이 생긴 적이 있었나요?

- ① 없었음 ➡ **G16** 으로 이동
 ② 있었음
 ③ 원래 있었는데 지난 1년 동안은 증상 없었음
 ④ 원래 있었는데 접촉이 없어 모름

G15-1

위와 같은 **알레르기 반응**이 발생하는 반려동물은 무엇인가요?

- ① 개
 ② 고양이
 ③ 개, 고양이 둘 다
 ④ 기타 (_____)

※ 아래는 설문에 참여하신 부모님에 관한 질문입니다

G16

부모님의 최종 학력은 어디에 해당하십니까?

질환명	아버지	어머니
① 중학교 졸업 이하	①	①
② 고등학교 졸업	②	②
③ 대학교 졸업 이상	③	③
④ 응답 원치 않음	④	④

※ 다음은 귀댁 자녀의 출생지 및 현재 주소에 관한 사항입니다.

G17

설문대상 자녀가 출생 후 생후 첫 1년 동안 주로 거주했던 주소를 적어주십시오

_____시(도)_____구(군)_____동(읍, 면)

수고하셨습니다. 성실하게 답변해 주셔서 대단히 감사합니다.