

HIỆP HỘI Y HỌC MÔI TRƯỜNG NGHỀ NGHIỆP HÀN QUỐC

BẢNG CÂU HỎI KHÁM SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT PHIÊN BẢN MỚI

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

※ **NỘI DUNG TIỀN SỬ BỆNH (bệnh trước đây, bệnh của người trong gia đình).**

※ Hãy đọc câu hỏi sau và đánh dấu 'o' vào ô tương ứng với tình trạng hiện tại.

1. Bạn có đang bị **chẩn đoán mắc bệnh hoặc đang uống thuốc trị bệnh như sau** không?

Tên bệnh	Tai biến mạch máu não (trúng phong)	Bệnh tim (Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực)	Cao huyết áp	Tiểu đường	Bị cao mỡ máu	Lao phổi	Bệnh khác (bao gồm ung thư)
Chẩn đoán có bệnh hay không							
Có uống thuốc hay không							

2. Trong số **cha mẹ, anh em, chị em** có ai bị **bệnh hoặc chết vì các bệnh sau** không?

Tên bệnh	Tai biến mạch máu não (trúng phong)	Bệnh tim (Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực)	Cao huyết áp	Tiểu đường	Bệnh khác (bao gồm ung thư)
có					

3. Bạn đang có **mang vi rút viêm gan siêu vi B** không?

- ① có ② không ③ không biết

※ **NỘI DUNG HÚT THUỐC.**

4. Hãy đọc câu hỏi sau và viết vào câu tương ứng với **tình trạng hiện tại**.

4-1. Cho đến hiện tại bạn đã từng hút thuốc trên 5 gói (100 điếu) không?

- ① Không (☞ sang câu hỏi số 5)
 ② Có, bây giờ ngưng rồi (☞ sang câu hỏi 4-2)
 ③ Có, bây giờ vẫn còn hút (☞ sang câu hỏi số 4-3)

4-2. **Nếu có hút thuốc trong quá khứ** hoặc hiện tại đã ngưng hút

Bạn đã hút thuốc mấy năm trước khi ngưng hút ?	Tổng cộng _____ năm
Trung bình bạn hút mấy điếu thuốc mỗi ngày trước khi ngưng hút?	_____ điếu

4-3. Nếu **hiện tại** hút thuốc

Bạn đã hút thuốc năm thứ mấy?	Tổng cộng _____ năm
Trung bình bạn hút mấy điếu thuốc mỗi ngày?	_____ điếu

* **CÂU HỎI UỐNG RƯỢU**

5. Hãy đọc câu hỏi sau và viết vào câu tương ứng với **tình trạng hiện tại**.

5-1. Trung bình bạn uống rượu mấy ngày trong 1 tuần?

0 1 2 3 4 5 6 7

5-2. Bình thường khi uống bạn uống bao nhiêu rượu? (* không nói đến loại rượu)
(ly)

* **CÂU HỎI HOẠT ĐỘNG CƠ THỂ (VẬN ĐỘNG)**

6. Hãy đọc câu hỏi sau, đánh dấu '√' vào ô tương ứng với **tình trạng vận động trong 1 tuần vừa qua**

6-1. Trong 1 tuần vừa qua , có mấy ngày bạn thực hiện mỗi ngày trên 20 phút vận động tạo hít thở thật sâu so với bình thường? (Ví dụ: chạy bộ, tập thể dục nhịp điệu, chạy xe đạp nhanh, leo núi...)

0 1 2 3 4 5 6 7

6-2. Trong 1 tuần vừa qua , có mấy ngày bạn thực hiện mỗi ngày trên 30 phút vận động tạo hít thở sâu hơn vừa phải so với bình thường? (Ví dụ: đi bộ nhanh, chơi tennis, chạy xe đạp tốc độ bình thường, bò xuống lau nhà...) *6-1 ngoại trừ hoạt động cơ thể liên quan đến câu 6-1.

0 1 2 3 4 5 6 7

6-3. Trong 1 tuần vừa qua , có mấy ngày bạn đi bộ ít nhất trên 10 phút dù chỉ một lần, tổng cộng lại hơn 30 phút? (Ví dụ: vận động nhẹ, đi bộ lúc đi làm và về nhà hoặc bao gồm đi bộ lúc rảnh rỗi) * ngoại trừ hoạt động cơ thể liên quan đến câu 6-1, 6-2.

0 1 2 3 4 5 6 7

※ CÂU HỎI TRIỆU CHỨNG Ở CÁC CƠ QUAN

7. Hãy trả lời về triệu chứng có trong 6 tháng vừa qua.

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Nặng	Nhẹ	Không có
Tổng quát	Biếng ăn, giảm cân			
	Cảm thấy mệt mỏi nhiều			
	Sờ thấy có khối u ở một nơi nào đó của cơ thể.			
Da	Ngứa da có viêm nhiễm			
	Nổi nốt đỏ ở da			
	Có khác lạ ở lông, móng tay, móng chân			
	Da bị sần xùi hoặc nứt nẻ			
Mắt	Cay mắt hoặc thường chảy nước mắt			
	Thị lực kém đi so với lúc trước			
	Mắt bị đỏ xung huyết hoặc đau			
Lỗ tai	Không nghe rõ lời nói			
	Trong lỗ tai có tiếng vo ve			
Mũi	Thường chảy máu mũi			
	Chảy nước mũi và thấy nghẹt nghẹt ở mũi			
	Không ngửi được mùi			
Miệng	Chảy máu lợi răng hoặc lợi răng yếu			
	Không cảm nhận được vị			
Hệ tiêu hóa	Có bị thốn thốn trong bụng hoặc đau			
	Cảm thấy mùi kim loại trong miệng			
	Có táo bón			
Tim mạch / Hô hấp	Đang làm việc cảm thấy đánh trống ngực			
	Đang làm việc bị ho và khó thở			
	Cảm thấy bực bội trong lòng ngực			
	Sáng lúc thức dậy có đàm hoặc ho.			
	Sau khi nghỉ một ngày đi làm lại bị ho			
Xương sống / Tứ chi	Đau nhức hoặc đau cánh tay, chân, vai			
	Run bàn tay, chân, hoặc yếu.			
	Cảm giác ở tay chân không còn nhạy bén			
	Ngón tay trắng bệch khi lạnh			
	Đau lưng			

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Nặng	Nhẹ	Không có
Tinh thần / Thần kinh	Nhức đầu			
	Chóng mặt			
	Trí nhớ bị giảm, đãng trí nặng thêm			
	Bất an, hồi hộp			
	Thần thờ thừ ra hoặc như say rượu			
	Khó tập trung tinh thần			
Tiết niệu / Cơ quan sinh sản	Tiểu khó			
	Phù cơ thể			
	Chu kỳ kinh không đều			
	Có sảy thai tự nhiên			

Trường hợp có triệu chứng khác trên thì hãy viết vào đây.

* Bạn đã từng cảm thấy sức khỏe có vấn đề (cơ thể bất thường) trong khi đang làm việc không? có không

* Bạn có nghĩ là sức khỏe có vấn đề do vật liệu dùng trong khi làm việc? có không

Ý kiến	
--------	--

Đánh giá mức độ tiếp xúc với lao động ca đêm

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh trong quá khứ nếu có.

--

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Thời gian làm việc theo ca, kể cả làm ca đêm của anh (chị) tính đến nay là bao nhiêu năm?	
<input type="checkbox"/> Dưới 5 năm	<input type="checkbox"/> 5-9 năm
<input type="checkbox"/> 10-14 năm	<input type="checkbox"/> 15-19 năm
<input type="checkbox"/> Trên 20 năm	<input type="checkbox"/> Không có
2. Vui lòng đánh dấu vào hình thức làm việc tại công ty.	
<input type="checkbox"/> Ba ca	<input type="checkbox"/> Hai ca
<input type="checkbox"/> Cách ngày (24 tiếng)	<input type="checkbox"/> Làm ca đêm cố định
<input type="checkbox"/> Khác (không theo quy tắc v.v)	
3. Lịch làm việc theo ca của anh(chị) có thay đổi theo quy tắc nào không?	
<input type="checkbox"/> Có (☞ đi đến câu 3-1)	<input type="checkbox"/> Không (☞ đi đến câu 4)
3-1. Lịch làm việc theo ca của anh (chị) thay đổi theo ca sáng → ca chiều → ca đêm phải không?	
<input type="checkbox"/> Đúng	<input type="checkbox"/> Không
4. Sau khi tan ca, thời gian nghỉ vào ca làm việc tiếp theo là bao lâu?	
<input type="checkbox"/> Trên 11 tiếng	<input type="checkbox"/> Dưới 11 tiếng
5. Số ngày làm việc ca đêm thông thường của anh (chị) trong vòng một năm gần đây là mấy ngày?	
<input type="checkbox"/> Không làm ca đêm liên tục	<input type="checkbox"/> 2 ngày
<input type="checkbox"/> 3 ngày	<input type="checkbox"/> 4 ngày
<input type="checkbox"/> Trên 5 ngày	
6. Lượng công việc và thời gian nghỉ của ca đêm so với ca ngày như thế nào?	
1) Lượng công việc: so với ca ngày	<input type="checkbox"/> Giống nhau
<input type="checkbox"/> Ít hơn	<input type="checkbox"/> Nhiều hơn
2) Thời gian nghỉ : so với ca ngày	<input type="checkbox"/> Giống nhau
<input type="checkbox"/> Ít hơn	<input type="checkbox"/> Nhiều hơn
7. Anh (chị) có bị cô lập trong quá trình làm việc ca đêm không?	
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
8. Những hạng mục nào sau đây được chấp thuận trong quá trình làm ca đêm?	
Thời gian ngủ trong khi làm ca đêm	<input type="checkbox"/> Có
	<input type="checkbox"/> Không
Phòng nghỉ ngơi	<input type="checkbox"/> Có
	<input type="checkbox"/> Không
Ăn cơm/ ăn đêm/ ăn nhẹ	<input type="checkbox"/> Có
	<input type="checkbox"/> Không
Điều chỉnh lịch làm ca đêm	<input type="checkbox"/> Được phép
	<input type="checkbox"/> Không được phép

9. Thời gian làm việc trung bình một tuần của anh (chị) là bao nhiêu tiếng?

- Dưới 40 tiếng 40 tiếng 41-51 tiếng 52-59 tiếng Trên 60 tiếng

Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (chỉ số của triệu chứng mất ngủ)

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1-3. Đánh dấu vào mức độ trầm trọng của các vấn đề dưới đây của anh (chị) trong vòng hai tuần gần đây nhất.

	Không có	Ít	Trung bình	Nặng	Rất nặng
1. Khó ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Khó duy trì giấc ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dễ bị thức giấc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mức độ hài lòng của anh(chị) về tình trạng giấc ngủ hiện nay?

Rất hài lòng Hơi hài lòng Bình thường Hơi bất mãn Rất bất mãn

5. Anh (chị) nghĩ việc thiếu ngủ ảnh hưởng ở mức độ nào đến hoạt động ban ngày của mình?

(Ví dụ gây mệt mỏi vào ban ngày, ảnh hưởng đến khả năng làm việc ở công ty và gia đình, khả năng tập trung, trí nhớ, tâm trạng v.v)

Hoàn toàn Đôi chút Ít Tương đối Rất nhiều

6. Những người xung quanh có cho rằng vấn đề thiếu ngủ đang làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của anh (chị) không?

Hoàn toàn không Đôi chút Ít Tương đối Rất nhiều

7. Anh (chị) lo lắng như thế nào về vấn đề thiếu ngủ hiện nay?

Hoàn toàn không Đôi chút Ít Tương đối Rất nhiều

Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (triệu chứng buồn ngủ vào ban ngày)

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

	Hoàn toàn không buồn ngủ	Buồn ngủ một chút	Tương đổi buồn ngủ	Rất buồn ngủ
1. Khi đang ngồi đọc sách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Khi xem ti vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Khi ngồi yên trong các không gian công cộng như nhà hát hay phòng họp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Khi đi xe buýt hay taxi liên tục trong khoảng một tiếng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Khi nằm nghỉ ngơi vào giờ nghỉ giải lao buổi chiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Khi đang ngồi và nghe ai đó nói chuyện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Khi ngồi im lặng sau khi ăn cơm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Khi tạm dừng xe do tín hiệu giao thông trong lúc lái xe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (chất lượng giấc ngủ)

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1-4. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây theo tình trạng giấc ngủ trong thời gian làm việc ca đêm một tháng gần đây nhất của anh (chị).

1. Anh (chị) đi ngủ lúc mấy giờ? ()giờ ()phút
2. Từ lúc đi nằm cho đến khi vào giấc ngủ mất khoảng bao nhiêu thời gian? ()tiếng ()phút
3. Anh (chị) thức dậy lúc mấy giờ? ()giờ ()phút
4. Thực tế anh (chị) ngủ bao nhiêu tiếng? ()tiếng ()phút

5. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) đã từng bị khó ngủ do những lí do dưới đây bao nhiêu lần?

	Không có	Dưới 1 lần 1 tuần	1-2 lần 1 tuần	Trên 3 lần 1 tuần
Vì không ngủ được trong vòng 30 phút	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì đang ngủ thì bị thức giấc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì thức dậy để đi vệ sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì khó thở khi nằm xuống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì ngáy to hay ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì cảm thấy lạnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì cảm thấy nóng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì mơ thấy ác mộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lý do khác ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Anh (chị) đánh giá thế nào về chất lượng giấc ngủ của mình trong vòng một tháng gần đây?

- Rất tốt Tương đối tốt Khá xấu Rất xấu

7. Anh (chị) đã dùng thuốc ngủ như thế nào trong vòng một tháng gần đây để được ngủ ngon?

- Không có Dưới 1 lần 1 tuần 1-2 lần 1 tuần Trên 3 lần 1 tuần

8. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên bị buồn ngủ dẫn đến mệt mỏi khi đang lái xe, ăn cơm hay tham gia các hoạt động xã hội không?

- Không có Dưới 1 lần 1 tuần 1-2 lần 1 tuần Trên 3 lần 1 tuần

9. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) có cảm thấy vất vả trong công việc không?

- Hoàn toàn không Bình thường Hơi vất vả Rất vất vả

Lao động ca đêm và chứng bệnh dạ dày

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Trong vòng ba tháng gần đây, sau khi ăn khẩu phần của một người, anh (chị) có thường xuyên thấy khó chịu do cảm giác no không?

- Hoàn toàn không Dưới 1 ngày 1 tháng 1 ngày 1 tháng 2-3 ngày 1 tháng
 1 ngày 1 tuần Trên 2 ngày 1 tuần Hầu như mỗi ngày

2. Triệu chứng khó chịu do no bụng sau khi ăn này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

- Không Có

3. Trong vòng ba tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên không thể ăn hết khẩu phần của một người không?

- Hoàn toàn không Dưới 1 ngày 1 tháng 1 ngày 1 tháng 2-3 ngày 1 tháng
 1 ngày 1 tuần Trên 2 ngày 1 tuần Hầu như mỗi ngày

4. Triệu chứng không thể ăn hết khẩu phần của một người này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

- Không Có

5. Trong vòng ba tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên bị đau hay nóng râm ran vùng bụng bên trái trên rốn không?

- Hoàn toàn không Dưới 1 ngày 1 tháng 1 ngày 1 tháng 2-3 ngày 1 tháng
 1 ngày 1 tuần Trên 2 ngày 1 tuần Hầu như mỗi ngày

6. Triệu chứng đau hay nóng râm ran vùng bụng bên trái trên rốn này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

- Không Có

Lao động ca đêm và nguy cơ ung thư vú

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Bạn có thường xuyên khám định kỳ ung thư vú trong vòng một năm gần đây không?

- Không Dưới 1 lần trong 6 tháng 1 lần trong 3-6 tháng
 1 lần trong 1-2 tháng Trên 2 lần trong 1 tháng

2. Vui lòng đánh dấu vào các triệu chứng bạn đang có hiện nay.

- Vùng ngực có xuất hiện những khối u cứng.
 Đầu ngực bị chảy nước.
 Đầu ngực bị sưng tấy hay lún vào trong.
 Không có triệu chứng.

3. Trong vòng một năm gần đây, bạn có đi siêu âm hay chụp x-quang vùng ngực không?

- Không Có