

व्यावसायिक र पर्यावरण चिकित्सा विशेष स्वास्थ्यको कोरियन समाज

परीक्षाको संशोधित अंक

कम्पनी:

नाम:

※ चिकित्सा ईतिहासका प्रश्नहरू (बिरामीको ईतिहास, परिवारको ईतिहास)

※ कृपया तलका प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र अहिलेको अवस्थालाई [O] ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. के तपाईंमा तलका रोगको निदान (पहिचान) भएको वा हाल तपाईंले कुनै तलका रोगहरूको लागि औषधी सेवन गर्नुभएको छ?

रोग	आघात	मुटु रोग (रोधगलन / एनजाइना पेक्टोरिस)	उच्च रक्त चाप	मधुमेह	डिसलिपिडेमिया	क्षयरोग	अन्य (क्यान्सर समेत)
निदान							
चिकित्सा उपचार							

२. के तपाईंको आमा-बुबा, भाई वा दिदिबहिनि कसैको तलका मध्ये कुनै रोगबाट मृत्यु भएको छ?

रोग	आघात	मुटु रोग (रोधगलन / एनजाइना पेक्टोरिस)	उच्च रक्त चाप	मधुमेह	अन्य (क्यान्सर समेत)
छ					

३. के तपाईंलाई हेपेटाइटिस बी रोग लागेको छ? ① छ ② छैन ③ थाहा छैन

※ धूम्रपान

४. कृपया तलको पढ्नुहोस् र तपाईंको अवस्था संकेत गर्नुहोस् ।

४-१. के तपाईंको पुरै जीवन भरी पाँच प्याकेट (१०० खिल्ली) भन्दा बढी चुरोट पिउनुभएको छ?

- ① छैन (१ प्रश्न नं ५ मा जानुहोस्)
- ② छ, तर मैले अहिले छोडिसकेँ (१ प्रश्न नं ४-२ मा जानुहोस्)
- ③ छ, र मैले अहिले पनि धूम्रपान गर्छु (१ प्रश्न नं ४-३ मा जानुहोस्)

४-२. यदि तपाईंले बिगतमा धुम्रपान गर्नुभएको छ, तर अहिले छोडेको भए:

छोड्नुभन्दा अगाडि कति बर्ष धुम्रपान गर्नुभयो?	जम्मा _____ बर्ष
छोड्नुभन्दा अगाडि प्रत्येक दिन कतिवटा चुरोट पिउनुहुन्थ्यो?	_____ वटा चुरोट

४-३. यदि अहिले पनि तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ भने:

कति बर्ष तपाईंले धुम्रपान गर्नुभएको छ?	जम्मा _____ बर्ष
औषतमा एक दिनमा कतिवटा चुरोट पिउनुहुन्छ?	_____ वटा चुरोट

※ मध्यपान (रक्सी)

५. कृपया तलको पढ्नुहोस् र तपाईंको अवस्था संकेत गर्नुहोस् ।

५-१ प्रत्येक हप्ता कति पटक मध्यपान गर्नुहुन्छ ?

० १ २ ३ ४ ५ ६ ७

५-२ तपाईंले जब रक्सि पिउनुहुन्छ, प्रत्येक दिन कति मात्रामा पिउनुहुन्छ?

(※ रक्सीको जुनसुकै प्रकार भएपनि) (_____ गिलास)

※ शारिरिक गतिविधी (अभ्यास)

६. कृपया तलका प्रश्नहरू पढ्नुहोस्, र गत हप्ता सञ्चालन गरिएका क्रियाकलापहरूलाई '√' संकेतले देखाउनुहोस् ।

६-१. गत हप्ता, कति दिन तपाईं तिब्र शारिरिक क्रियाकलापमा संलग्न हुनुभयो जस्तै तपाईंलाई २० मिनेट भन्दा बढी सामान्य भन्दा धेरै छिटो श्वास-प्रश्वास हुने गरायो (उदाहरणको लागि: दौड, एरोबिक्स, छिटो-गति साइकिल, पैदल यात्रा, आदि) ?

० १ २ ३ ४ ५ ६ ७

६-२. गत हप्ता, कति दिन तपाईं मध्यम स्तरका शारिरिक क्रियाकलापमा संलग्न हुनुभयो जस्तै तपाईंलाई ३० मिनेट भन्दा बढी सामान्य भन्दा धोरै छिटो श्वास-प्रश्वास हुने गरायो (उदाहरणको लागि: छिटो हिड्ने, टेनिस खेल्ने, सामान्य गति साइकिल, अनुहार तल पारेर बस्ने) ※ ६-१ का उत्तरहरूसँग सम्बन्धित शारिरिक क्रियाकलापहरू समेत समावेश हुने ।

० १ २ ३ ४ ५ ६ ७

६-३. गत हप्ता, कति दिन तपाईं ३० मिनेट भन्दा बढि समयको लागि हिड्नुभयो, कम्तिमा एक पटकमा १० मिनेट गरी (उदाहरणको लागि: हलुका अभ्यास, काममा जाँदा वा फर्कदा हिडेको समेत, अथवा फुर्सदमा हिडेको) ?

※६-१ र ६-२ का उत्तरहरूसँग सम्बन्धित शारिरिक क्रियाकलापहरू समेत समावेश हुने ।

० १ २ ३ ४ ५ ६ ७

※ लक्षित अङ्गहरूका सम्बन्धित लक्षण बारेमा प्रश्नहरू

७. कृपया विगत ६ महिना भित्र अनुभव गरिएका लक्षणहरूको सम्बन्धमा प्रतिक्रिया दिनुहोस् ।

शरिरका अंग	लक्षणहरू	तिब्रता		
		उच्च	मध्यम	कुनै नभएको
सामान्य	खाने ईच्छा नरहने, तौल घटेको			
	प्राय थाकेको अनुभव हुने			
	शरिरमा गाँठा भएको अनुभव हुने			
छाला	चिलाउने वा पोल्ने अनुभव			
	छालामा रातो दाग धब्बा			
	कपाल, हातका औलाका नंग वा खुट्टाका नंग परिवर्तन गरेको,			
	छाला रुखो र फुटेको			
आँखाहरू	आँखा चिलाउछ र प्राय आशु आईरहन्छ			
	दृष्टी बिग्रदैछ			
	आँखाहरू रातो हुन्छ र दुख्छ			
कानहरू	रामरी सुन्न सक्दैन			
	कान बजि रहन्छ			
नाक	लगातार रगत आईरहन्छ			
	सिंगान आईरहन्छ, गिलो हुन्छ			
	सुँगन कठिनाई छ			
मुख	गिजा रगताम्य हुन्छ वा नासुर घाउहरू छन्			
	स्वाद चाख्न कठिनाई छ			
पाचन प्रणाली	मैले पेट खोच्ने खालको दुखाई महशुस गरेको छु ।			
	मेरो मुखमा धातुको स्वाद छ			
	कब्जियत			
मुटु/श्वासप्रश्वास	काम गर्दा घबराहट हुन्छ			
	काम गर्दा खोकी लाग्ने र श्वासप्रश्वास बढ्ने			
	छातिको दबाव			
	खोकी हुने वा उठ्ने समयमा खकार थुक्नुपर्ने			
	बिदाबाट काममा फर्कदा खोकी लाग्ने			
ढाड/हातगोडा	हातहरू, खुट्टाहरू र काँध दुख्छन्			
	काप्ने वा कमजोर हात वा खुट्टाहरू			
	हात खुट्टाहरूले केही चाल नपाउने			
	चिसो हुँदा औलाहरू सेतो हुने			
	पछाडि दुख्ने			

शरिरका अगं	लक्षणहरु	तिब्रता		
		उच्च	मध्यम	कुनै नभएको
मानसिक/स्नायु प्रणाली	टाउको दुख्ने			
	रिंगटा लाग्ने			
	बिर्सने र खराब स्मृती			
	चिन्ता र बेचैनी हुने			
	टाउकोले केही थाहा नपाउने वा रक्सी खाएजस्तो हुने			
	ध्यान दिन खठिनाई			
मुत्राशय/प्रजनन्	पिसाब फेर्न कठिनाई			
	शरिर सुन्निएको			
	महिनाबारी अनियमित			
	गर्भपतनको अनुभव भएको			

यदी तपाईंलाई अन्य कुनै लक्षण छन् भने, तलको भागमा बर्णन गर्नुहोस् ।

*के तपाईंले कहिल्लै कामको समयमा स्वास्थ्य सम्बन्धी (शारिरिक समस्या)समस्या अनुभव गर्नुभएको छ? छ छैन

*के तपाईंलाई काममा चलाउने सामाग्रीको कारणले स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै समस्या छ जस्तो लाग्छ? छ छैन

डाक्टरको टिप्पणी	
------------------	--

रातको पालो- अनाबरण मूल्यांकन

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. राती पालो पर्ने कामको पालोमा तपाईं कति बर्ष काम गर्नुभयो?
 - ५ बर्ष भन्दा कम ५-९ बर्ष १०-१४ बर्ष १५-१९ बर्ष २० बर्ष वा सो भन्दा बढी लागु हुदैन।
२. अहिलेको तपाईंले गरेको पेशामा कामको व्यवस्थापन संकेत गर्नुहोस्।
 - ३ पालो २ पालो १ दिन बिराएर (२४-घण्टा) रातीको पालो मात्र अन्य (अनियमित आदि)
- ३ के तपाईंको कामको पालो नियमित रूपमा आउँछ?
 - हो (ले ३-१ मा जानुहोस्) होईन (ले ४ मा जानुहोस्)
- ३-१. के तपाईंको कामको पालो बिहानी पालो → साँझको पालो → रातीको पालो गरी आउँछ?
 - हो होईन
४. काममा सकिनु र काममा फिर्ता जानु बीचमा कति घण्टा समय हुन्छ?
 - ११ घण्टा भन्दा बढी ११ घण्टा भन्दा कम
५. औषतमा विगत बर्षमा कतिदिन लगातार रातीको पालोमा काम गर्नुभयो?
 - रातीको पालोमा लगातार दिन काम गरेको छैन २ दिन ३ दिन ४ दिन ५ दिन वा बढी
६. दिनको पालोको तुलनामा रातीको पालोको कामको चाप र आराम गर्ने समय कस्तो हुन्छ?
 - १) कामको चाप: दिनको पालोको तुलनामा उस्तै कम धेरै
 - २) आराम गर्ने समय: दिनको पालोको तुलनामा उस्तै कम धेरै
७. रातीको पालोमा तपाईं एकलै काम गर्नुहुन्छ?
 - हो होईन
८. रातीको पालोमा तलका कामहरूमा अनुमती दिईन्छ?

रातीको पालोको समयमा सुत्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
आराम गर्ने स्थान	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
खाना/खाजा समय	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
रातीको कार्यतालीका समायोजन गर्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन

९. औषतमा एक हप्तामा कति घण्टा काम गर्नुहुन्छ?

- ४० घण्टा भन्दा कम ४० घण्टा ४१-५१ घण्टा ५२-५९ घण्टा ६० घण्टा वा बढी

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (अनिद्रा सूचांक)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-३ कृपया विगतका २ हप्ताका तलका समस्याहरूको तीव्रतालाई संकेत गर्नुहोस्।					
	कुनै पनि छैन	कम	मध्यम	उच्च	धेरै उच्च
१. निद्रा पर्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. राम्रो सँग सुत्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. उठ्नलाई समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. तपाईं सुताईको प्रतिमानबाट तपाईं कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?					
<input type="checkbox"/> धेरै सन्तुष्ट <input type="checkbox"/> संतुष्ट <input type="checkbox"/> औषत <input type="checkbox"/> असन्तुष्ट <input type="checkbox"/> धेरै असन्तुष्ट					
५. दिनको समयमा तपाईंको निद्राको गडबडीले क्रियाकलापहरूमा कतिको असर परेको ठान्नुहुन्छ?					
(दिनको समयमा थकान हुने, घरमा वा कार्यालयमा काम गर्दाको क्षमता, ध्यान, स्मृती, मनस्थीति)					
<input type="checkbox"/> पटककै होइन <input type="checkbox"/> अलिकति <input type="checkbox"/> केहि हद सम्म <input type="checkbox"/> एकदम <input type="checkbox"/> एकदमै धेरै					
६. के मानिहरूले तपाईंको निद्राको समस्याको कारणले तपाईंको जीवनको गुणस्तर खस्कीराखेको छ भन्छन्?					
<input type="checkbox"/> पटककै होइन <input type="checkbox"/> अलिकति <input type="checkbox"/> केहि हद सम्म <input type="checkbox"/> एकदम <input type="checkbox"/> एकदमै धेरै					
७. तपाईंको हालको निद्राको समस्या सम्बन्धमा तपाईं कतिको चिन्तित हुनुहुन्छ?					
<input type="checkbox"/> पटककै होइन <input type="checkbox"/> अलिकति <input type="checkbox"/> केहि हद सम्म <input type="checkbox"/> एकदम <input type="checkbox"/> एकदमै धेरै					

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (दिउँसोको तन्द्रा)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

	पटकै निद्रा लाग्दैन	हल्ला निद्रा लाग्छ	निद्रा लाग्छ	धेरै निद्रा लाग्छ
१. बसिराखेको र पढिरेखेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. टेलिभिजन हेरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. कुनै सार्वजनिक स्थान जस्तै नाट्यशालामा स्थिर बसेको बेला वा बैठकको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. करिब एक घण्टाको लागि ट्याक्सी चढीरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. मध्यान्नको आराममा सजिलोसँग पल्टिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. बसेको र कसैसँग कुराकानी गरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. दिउँसोको खानापछि शान्तसँग बसेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. सवारी चलाईरहेको र ट्राफिक जाममा केही मिनेट रोकिएको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (निद्राको गणस्तर)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-४. कृपया विगतको महिनामा रातीको पालोमा निदाउने सम्बन्धाका तलका प्रश्नहरूमा प्रतिक्रिया दिनुहोस्

१. तपाईं सुत्नकोलागि विस्तरामा कति बेला जानुहुन्छ ? () घण्टा ।
() मिनेट ।
२. तपाईंलाई निदाउन कति समय लाग्छ? () घण्टा ।
() मिनेट ।
३. कतिबेला उठ्नुहुन्छ? () घण्टा ।
() मिनेट ।
४. वास्तवमा तपाईं कति घण्टा निदाउनुहुन्छ? () घण्टा ।
() मिनेट ।

५. तलका कारणहरूले तपाईंलाई निदाउनमा कति पटक समस्या परेको छ?

	कुनै छैन	हप्तामा एक पटक भन्दा कम	हप्तामा १-२ पटक	हप्तामा ३ पटक वा बढी
३० मिनेट भित्र निदाउन सकिएन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मध्यरातीमा निद्राबाट ब्यँझिने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शौचालय जानको लागि ब्यँझिने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पल्टेको समयमा श्वासप्रश्वासमा कठिनाई हुने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ठुलो स्वरले घुरेको वा खोकेको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै जाडो महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै गर्मी महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुःस्वप्न वा खराब सपनाको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुखाईको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य कारणहरू ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

६. विगत महिनाको तपाईंको निद्राको गुणस्तरलाई कसरी नाप्नुहुन्छ?

- एकदमै राम्रो समयमा राम्रो समयमा नराम्रो धेरै नराम्रो

७. विगत महिनामा निदाउनको लागि कति पटक औषधी (निद्रालाग्ने औषधी) लिनुभयो?

- कुनै छैन हप्तामा एक पटक भन्दा कम हप्तामा १-२ पटक हप्तामा ३ पटक वा बढी

८. विगत महिनामा तपाईं सवारी चलाउदा वा खाना खादा वा अन्य कुनै सामाजिक कार्यमा व्यस्त हुँदा जागा रहनको लागि संघर्ष कतिपटक गर्नुपरेको छ?

- कुनै छैन हप्तामा एक पटक भन्दा कम हप्तामा १-२ पटक हप्तामा ३ पटक वा बढी

९. विगतमा काम सम्पन्न गर्नको लागि तपाईंलाई कत्तिको अठ्यारो परेको छ?

- कुनै पनि छैन अठ्यारो छैन हल्का अठ्यारो एकदमै अठ्यारो

रातीको पालो- गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल रोगहरु

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

*तलका प्रश्नहरु पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. विगत तीन महिनामा, तपाईं एक खाना खाईसकेपछि कत्तिको अपच असुविधाजनक महशुस गर्नुभएको छ?

पटककै छैन् महिनामा एक पटक भन्दा कम एक महिनामा एक दिन एक महिनामा २-३ दिन हप्तामा एक पटक दिनमा दुई पटक लगभग प्रत्येक दिन

२. खाना खाएपछि अपच (असुविधाजनक) महशुस के तपाईंले छ महिना अगाडि गर्नुभएको हो?

छैन छ

३. विगत ३ महिनामा एक पूर्ण खाना सक्न तपाईं कति असक्षम हुनुभएको छ?

पटककै छैन् महिनामा एक पटक भन्दा कम एक महिनामा एक दिन एक महिनामा २-३ दिन हप्तामा एक पटक दिनमा दुई पटक लगभग प्रत्येक दिन

४. के एक पूर्ण खाना सक्न असक्षम हुने लक्षणहरु छ महिना भन्दा अगाडि शुरु भएका हुन?

छैन छ

५. विगत ३ महिनामा पेटको मध्य भागमा दुखेको वा पोलेको महशुस कत्तिको भएको छ? (छाती होईन, तर पेटको माथिल्लो भाग)

पटककै छैन् महिनामा एक पटक भन्दा कम एक महिनामा एक दिन एक महिनामा २-३ दिन हप्तामा एक पटक दिनमा दुई पटक लगभग प्रत्येक दिन

६. के पेटको दुख्ने वा पोल्ने लक्षणहरु छ महिना अगाडिबाट शुरु भएका हुन?

छैन छ

रातीको पालो-स्तन क्यानसर

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. प्रायः कत्तिको तपाईंले गत बर्षमा स्तनको स्वएम-निदान गर्नुभएको छ?
 कहिल्लै छन् प्रत्येक ६ महिनामा १ पटक भन्दा कम प्रत्येक ३-६ महिनामा एक पटक
 प्रत्येक १-२ महिनामा एक पटक एक महिनामा दुई पटक भन्दा बढी
२. कृपया तपाईंका हालका सबै लक्षणहरू संकेत गर्नुहोस् ।
 मेरो स्तनमा गाँठा महशुस गर्दछु ।
 निप्पलमा एउटा श्राव छ ।
 मरो निप्पल माथि खुरीएको र धँसा गएको छ ।
 कुनै लक्षण छैन ।
३. के गत बर्ष तपाईंले स्तनको एक्सरे वा सोनोग्राम गराउनुभएको छ?
 छैन छ