

※  색칠한 부분 수검자 기본 정보와 뒷면 문진표를 작성 하십시오

( ) 건강검진 결과통보서(1차 검진)

★ 유해인자:

비고사항		접수 번호		채혈 번호		촬영 번호	
------	--	----------	--	----------	--	----------	--

성 명		성 별		주민번호	
사업장명				연 락 처	
부 서 명				입사일자	
사원번호				현직전입일	
주 소					
과거직력	작업공정명	근무년수	노출기간	현작업공정	
				폭로기간	
				1일폭로시간	

임 상 검 사 항 목						순 음 청 력 검 사 (검사자 서명: )						
항목	신장	체중	체질량	허리 둘레	혈 압	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
참고치				★야간★ 작업시	120미만/80미만 혈압약 유 / 무	좌						
금 회						우						

치아 부식증	악력	손톱압박 검사	통각	진 동 각	분석소변 검사	심전도	객담세 포검사	폐활량	시력 (자외선·용접)		이 학 적 검 사
									좌	우	
*정상 *기타-	좌 우								좌 우		

진 찰	과거 병력	1.무 2.유		가 족 력	
	약물 복용	혈압약	① 유(치료중) ② 무(미치료)	당뇨약	① 유(치료중) ② 무(미치료)
	결핵	① 치료중 ② 완치 ③ 과거흔적		간장질환	① 보균자 ② 만성간질환
	이 경	좌: 우:	조혈기계	증상:	
	눈, 피부, 비강, 인두		심혈관계		
	신경계		소화기계		
	호흡기계		내분비계		
	간담도계		근골격계		
비뇨,생식계		진동장애			

# 특수건강진단 문진표

※ 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오. (파란색 부분 전부 응답)

신체부위	증상 문항	증상			신체부위	증상 문항	증상		
		심하다	약간 있다	없다			심하다	약간 있다	없다
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다.				심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다.			
	피로감을 많이 느낀다.					일을 할 때 기침이 나고 숨이 차다.			
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다.					가슴이 답답하다.			
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다.				척추 / 사지	아침에 일어났을 때 가려가 나오거나 기침을 한다.			
	피부에 반점이 생긴다.					쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다.			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다.					팔, 다리, 어깨가 쭈서거나 아프다.			
눈	피부가 거칠어지거나 갈라진다.				정신 / 신경	손, 발이 떨리거나 힘이 없다.			
	눈이 시리거나 눈물이 잘 난다.					손이나 발의 감각이 둔해졌다.			
	시력이 전보다 나빠졌다.					추우면 손가락이 하얗게 된다.			
귀	눈이 충혈 되거나 아프다.				비뇨 / 생식	허리가 아프다.			
	말소리가 뚜렷하게 들리지 않는다.					머리가 아프다.			
	귀에서 소리가 난다.					어지럽다.			
코	코피가 자주 난다.				정신 / 신경	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다.			
	콧물이 나고 코가 답답하다.					불안하고 초조하다.			
	냄새를 잘 못 맡는다.					정신이 멍해지거나 술 취함 느낌이 든다.			
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다.				정신 / 신경	정신을 집중하기 어렵다.			
	맛을 잘 못 느낀다.					비뇨 / 생식	소변이 잘 안 나온다.		
소화기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다.				몸이 붓는다.				
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다.				생리가 불규칙해졌다. (★여자만)				
	변비가 있다.				자연유산을 한 적이 있다. (★여자만)				

※ 그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

※ 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?  예  아니오  
 ※ 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?  예  아니오

의사소견

# 건강검진 공통 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 표시하여야만 정확한 **심뇌혈관질환 위험평가** 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명	주민등록번호	전화번호	자택
			핸드폰
E-mail 주소	건강검진 결과통보서 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail	
결과지받을 주소			

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예  아니오

## ※ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

※ 아래 문항을 읽고 **현재 상태**에 해당하는 내용에 'O' 표시해 주십시오.

1. 다음과 같은 **질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중**이십니까?

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타(암포함)
진단여부							
약물치료여부							

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

질환명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/협심증)	고혈압	당뇨병	기타(암포함)
있음					

3. B형간염 바이러스 보유자(항원보균자) 입니까?    ① 예    ② 아니오    ③ 모름

## ※ 흡연관련 문항

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 일반담배(굴련)를 피운 적이 있습니까?

① 아니오 (☞ 5번 문항으로 가세요).    ② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. **현재 일반담배(굴련)**을 피우십니까?

① 현재피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

5. 지금까지 **굴련형 전자담배(가열담배, 예들들어 아이코스, 글로, 릴 등)**를 피운적 있습니까?

① 아니오 (☞ 6번 문항으로 가세요)    ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. **현재 굴련형 전자담배(가열담배)** 피우십니까?

① 현재피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루 평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

6. **액상형 전자담배**를 사용한 경험이 있습니까?

① 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요).    ② 아니오

6-1. 최근 한달동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

① 아니오    ② 월 1~2일    ③ 월 3~9일    ④ 월 10~29일    ⑤ 매일

※ 음주 관련 문항

7. 지난 1년간 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ( )번 ② 한달에 ( )번 ③ 1년에 ( )번 ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느정도 마십니까?

※ 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오 (술 종류는 복수응답가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

※ 신체활동(운동) 관련 문항

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주 ( )일

※ 고강도 신체활동 : 달리기, 에어로빅, 빠른속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

주 ( )일

※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

※ 중강도 신체활동 : 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

하루에 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

주 ( )일