

## 大韩职业环境医学会特殊健康诊断问诊表修订版

单位:

姓名:

### ※ 病历(过去病历、家庭病历)相关问项

※ 仔细读完下列问项后,请在相当于**现在状态**的内容做“○”标记。

1. 有没有因下列疾病而**接受过诊断或正在接受药物治疗**?

病名	脑溢血 (中风)	心脏病 (心肌梗塞/ 心绞痛)	高血压	糖尿病	血脂 异常	肺结核	其它 (包括癌症)
诊断与否							
药物治疗与否							

2. 父母、兄弟、姐妹中有没有患过下列疾病或因这些疾病而死亡的人?

病名	脑溢血 (中风)	心脏病 (心肌梗塞/ 心绞痛)	高血压	糖尿病	其它 (包括癌症)
有					

3. 是不是**乙肝病毒携带者**? ① 是            ② 不是            ③ 不清楚

### ※ 吸烟相关问项

4. 仔细读完下列问项后,请标出相当于自己**现在状态**的内容。

4-1. 迄今为止有没有吸过共5盒(100根)以上的香烟?

- ① 没有 (☞ 请转到5号问项。)  
 ② 有, 现在已戒烟。 (☞ 请转到4-2号问项。)  
 ③ 有, 现在仍在吸烟。 (☞ 请转到4-3号问项。)

4-2. **如果过去吸过烟**但现在已戒烟

戒烟以前的吸烟年份是?	共 _____ 年
戒烟以前平均每天吸烟量是多少根?	_____ 根

## 4-3. 如果现在还在吸烟

吸烟经历有多少年?	共 _____ 年
每天平均吸烟量为多少根?	_____ 根

## ※ 饮酒相关问项

5. 仔细读完下列问项后, 请标出相当于自己**现在的状态**的内容。

5-1. 每星期平均饮酒天数是?

0   1   2   3   4   5   6   7

5-2. 饮酒时通常**每天喝多少**? (※ 不管酒的类型) (            杯)

## ※ 身体活动(运动)相关问项

6. 仔细读完下列问项后, 请在相当于**过去一星期活动状态**的答案做“√”标记。

6-1. 在过去一星期内, 有几天从事过二十分钟以上比平时喘气更厉害的激烈活动? (例如: 跑步、有氧健身操、快速骑自行车、登山等)

0   1   2   3   4   5   6   7

6-2. 在过去一星期内, 有几天从事过30分钟以上比平时喘气稍厉害的中间激烈程度的活动? (例如: 快步走、网球双打、普通速度骑自行车、爬着擦地等) ※不含与6-1回答相关的身体活动。

0   1   2   3   4   5   6   7

6-3. 在过去一星期内, 有几天包括每次至少步行10分钟以上在内每天共步行半小时以上? (例如: 包括轻松的运动、上下班或休闲时的走路)

※ 不含与6-1和6-2回答相关的身体活动。

0   1   2   3   4   5   6   7

※ 身体各部位症状相关问项

7. 请回答最近六个月内出现过的症状。

身体部位	症状问项	症状		
		严重	有些严重	没有
一般	食欲不振, 体重减少。			
	经常感觉很疲劳。			
	在身体的某个部位能摸到硬块。			
皮肤	皮肤瘙痒或有炎症。			
	皮肤上有斑点。			
	体毛或手指甲、脚趾甲出现变化。			
	皮肤变粗糙或开裂。			
眼	眼睛发酸或经常流眼泪。			
	视力比以前下降。			
	眼睛充血或疼痛。			
耳	听不清别人说话。			
	有耳鸣。			
鼻	经常流鼻血。			
	流鼻涕, 鼻塞。			
	嗅觉不灵敏。			
口	牙龈出血或溃烂。			
	味觉不灵敏。			
消化系统	有过肚子刺痛的症状。			
	嘴里有舔金属般的味道。			
	有便秘。			
心血管/ 呼吸系统	工作时心悸。			
	工作时咳嗽、气喘。			
	胸口发闷。			
	早晨起床时咳痰或咳嗽。			
	休息第二天上班时咳嗽。			
脊椎 / 四肢	手臂、腿、肩酸痛。			
	手脚颤抖或感到无力。			
	手脚感觉迟钝。			
	手指遇冷变白。			
	腰痛。			

身体部位	症状问项	症状		
		严重	有些严重	没有
精神 / 神经	头痛。			
	头晕。			
	记忆力减退或健忘症加重。			
	感到焦躁不安。			
	提不起精神或有醉酒的感觉。			
	注意力不集中。			
泌尿 / 生殖	小便不畅。			
	身体浮肿。			
	月经不调。			
	有过自然流产的经历。			

如有其它症状，请填写在下栏里。

- \* 工作时有没有感觉到健康出现了问题(身体异常)?  有  没有
- \* 您是不是认为因工作时接触的物质而出现了健康问题?  是  不是

医生 意见	          
----------	--

## 夜班 - 暴露评估

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

--

\* 仔细阅读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

1. 迄今为止包括上夜班在内从事倒班工作的期间为?	
<input type="checkbox"/> 五年以下	<input type="checkbox"/> 五至九年
<input type="checkbox"/> 十至十四年	<input type="checkbox"/> 十五至十九年
<input type="checkbox"/> 二十年以上	<input type="checkbox"/> 没有相关内容
2. 请标出在现单位的工作状态。	
<input type="checkbox"/> 三倒班	<input type="checkbox"/> 两倒班
<input type="checkbox"/> 隔日制(二十小时)	<input type="checkbox"/> 固定夜班
<input type="checkbox"/> 其它(不规则等)	
3. 您的换班日程是不是属于有规则循环的工作日程?	
<input type="checkbox"/> 是 (☞ 转到3-1号)	<input type="checkbox"/> 不是 (☞ 转到4号)
3-1. 您的换班是不是属于上午班 → 下午班 → 夜班的顺序轮换的正向倒班?	
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
4. 下班后再到下一个上班之间有多长时间?	
<input type="checkbox"/> 十一小时以上	<input type="checkbox"/> 十一小时以下
5 过去一年内连续上夜班的天数通常有多少天?	
<input type="checkbox"/> 没有连续夜班	<input type="checkbox"/> 两天
<input type="checkbox"/> 三天	<input type="checkbox"/> 四天
<input type="checkbox"/> 五天以上	
6. 与白班相比, 上夜班时的工作量和休息时间有什么不同?	
1) 工作量: 与白班相比	<input type="checkbox"/> 差不多 <input type="checkbox"/> 更少 <input type="checkbox"/> 更多
2) 休息时间: 与白班相比	<input type="checkbox"/> 差不多 <input type="checkbox"/> 更少 <input type="checkbox"/> 更多
7. 上夜班时是不是自己单独工作?	
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
8. 上夜班时是不是允许下列事项?	
夜班中睡眠时间	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
休息室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
供餐/夜宵/零食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
调整夜班日程	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以
9. 每星期平均工作时间为多长时间?	
<input type="checkbox"/> 四十小时以下	<input type="checkbox"/> 四十小时
<input type="checkbox"/> 四十一至五十一小时	

五十二至五十九小时  六十小时以上

### 夜班 - 睡眠障碍(失眠症指数)

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

--

\* 仔细阅读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

1-3. 请标出最近两周内下列各项问题的严重程度。

	有	略微	中间	严重	非常严重
1. 入睡困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 无法熟睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 容易睡醒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 您对自己现在睡眠情况的满意程度是?

- 非常满意     稍感满意     一般     稍不满意     非常不满意

5. 认为睡眠障碍对您白天的活动影响有多大?

(白天疲倦, 在单位工作或做家务时的能力、集中力、记忆力、气氛等)

- 没有什么影响     略微影响     有些影响     相当影响     影响很大

6. 您周围的人是不是认为您的生活质量因睡眠问题而降低?

- 完全没有     略有     有些     相当     非常多

7. 您对自己现在睡眠问题的担心程度是?

- 毫不担心     稍微担心     有些担心     相当担心     非常担心

夜班 - 睡眠障碍(白天嗜睡症)

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

--

\* 仔细读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

	一点儿也不困	稍微犯困	相当犯困	非常严重犯困
1. 坐着读书时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 看电视时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在剧场或会场等公共场所静坐时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 连续乘坐一个小时公交车或出租车时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 午休时间平躺着时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 坐着和别人谈话时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 午餐后静坐时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 驾车过程中因交通堵塞要停车几分钟时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 夜班 - 睡眠障碍(睡眠质量)

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

--

\* 仔细读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

1-4. 关于过去一个月内上夜班时的睡眠, 请回答下列各项提问。

1. 几点上床入睡? ( )点 ( )分
2. 上床后到完全入睡需要多长时间? ( )小时 ( )分钟
3. 几点起床? ( )点 ( )分
4. 实际睡了多长时间? ( )小时 ( )分钟

5. 过去一个月内因下列原因入睡困难的情况发生过多少次?

	没有	每星期一次以下	每星期一至两次	每星期三次以上
因半个小时内未能入睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因深夜或凌晨睡醒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因起来去卫生间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因上床后呼吸不畅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因打鼾或咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感觉发冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感到发热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因做噩梦或令人不愉快的梦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感到疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因其它理由 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 如何评价过去一个月期间的睡眠质量?

- 很好       还可以       不太好       很不好

7. 过去一个月期间有没有为入睡而经常服药(安眠药)?

- 没有       每星期一次以下       每星期一至两次       每星期三次以上

8. 过去一个月内在驾车或用餐或在参加社会活动时有过多少次因犯困而难以保持清醒的情况?

没有       每星期一次以下       每星期一至两次       每星期三次以上

9. 过去一个月期间在从事工作时有没有感觉到累?

完全没有     不怎么累     有点儿累     非常累

## 夜班 - 胃肠疾病

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

\* 仔细阅读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

1. 最近三个月内吃完一份饭以后是不是经常感觉到过度的饱满感?

完全没有       一个月一天以下       一个月一天       一个月两至三天

一星期一天       一星期两天以上       几乎每天

2. 是不是从六个月以前开始就有过吃晚饭(过度的)饱满感?

不是       是

3. 最近三个月内是不是经常发生吃不完一份饭的情况?

完全没有       一个月一天以下       一个月一天       一个月两至三天

一星期一天       一星期两天以上       几乎每天

4. 是不是连续六个月以上发生过吃不完一份饭的情况?

不是       是

5. 最近三个月内是不是经常出现腹部中间部位(不是胸口而是肚脐眼上面)感到疼痛或刺痛(火辣感)的症状?

完全没有       一个月一天以下       一个月一天       一个月两至三天

一星期一天       一星期两天以上       几乎每天

6. 是不是从六个月以前开始就已出现过腹部疼痛或刺痛(火辣感)的症状?

不是       是

## 夜班 - 乳房癌

单位:

姓名:

\* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

\* 仔细阅读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

1. 过去一年内是不是经常做乳房癌自我诊断?

- 没做过                       六个月一次以下                       三至六个月一次  
 一至两个月一次                       一个月两次以上

2. 请标出您现在所有的症状。

- 在乳房能摸到肿块(硬块)。  
 乳头挤出分泌物。  
 乳头溃烂或凹陷。  
 没有症状。

3. 最近一年内是不是拍过乳房X线或接受过乳房超声检查?

- 没有                       有