

# 건강진단 개인표

일반  특수  배치 전  채용  생애  의료급여

출장  원내

성명	(서명)	주민등록번호	성별	남 / 여	나이	만	세
주소			휴대폰번호				
사업체명			현 작업부서				
입사년월일	현직 전입일		현 작업내용				
과거직력	작업 공정명	근무년수	기간		폭로기간		
			년 월 일 ~	년 월 일	1일 폭로시간		시간

유해인자	
검사항목	

건강진단항목	신장	체중	허리둘레	청력		시력(나안/교정)		혈압(mmHg)		악력	요검사			혈액검사	색신
				좌	우	좌	우	최고	최저		요단백	요당	잠혈		
	cm	kg	cm	정상 / 질환의심	정상 / 질환의심					좌 우				<input type="checkbox"/> 식전 <input type="checkbox"/> 식후	

노인신체기능검사	하지기능검사	초	10초이하:A 11-19초:B	보행장애	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	생물학적시료	노마노산	<2.5 g/g
	평형성 눈뜬상태	초	20초이상:A 10-19초:B	평형성 눈감은상태	초		15초이상:A 6-14초:B	노메틸마노산
							노-NMF	≤15,000 mg/L
							노 2.5핵산디온	<5,000 mg/g
							요총삼염화물	≤300 mg/g
							혈중납	≤30 ug/dL

구분	순음 청력검사						이경	검사자	객담	폐활량검사	심전도	흉부방사선
	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz						
좌(dB)												No.
우(dB)												

문진	현·과거병력	진단	1. 무 2. 유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타( )								
		약물	1. 무 2. 유 (본원 / 타병원)	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타( )								
		가족력	1. 무 2. 유	①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)						B형간염	①예 ②아니요 ③모름	
		생활습관	1. 양호 2. 개선필요		①금연필요 ②절주필요 ③신체활동필요 ④근력운동필요							
	외상 및 후유증	1. 무 2. 유( )			일반상태		1. 양호 2. 보통 3. 불량( )					

진찰	<input type="checkbox"/> 이비인후과	정상	<input type="checkbox"/> 호흡기계	정상	<input type="checkbox"/> 조혈기계	정상	<input type="checkbox"/> 비뇨기계	정상
	<input type="checkbox"/> 눈, 피부, 비강, 인두	정상	<input type="checkbox"/> 간담도계	정상	<input type="checkbox"/> 손톱압박, 통각, 진동각	정상	<input type="checkbox"/> 생식계	정상
	<input type="checkbox"/> 약구강계	정상	<input type="checkbox"/> 신경계	정상	<input type="checkbox"/> 심혈관계	정상		
	<input type="checkbox"/> 신경계 (야간)	정상	<input type="checkbox"/> 심혈관계 (야간)	정상	<input type="checkbox"/> 위장관계 (야간)	정상	<input type="checkbox"/> 내분비계 (야간)	정상

진찰 소견			업무기인성	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
			자타각증상	

판정	소견			조치		

건강진단일자	20 . . . . .	건강진단기관	(의)자산의료재단 제천서울병원	건강진단의사	(서명)
--------	--------------	--------	------------------	--------	------

# 일반건강진단 문항

## 질향력

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

	진단		약물치료	
	예	아니오	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
이상지질혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

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

	예	아니오
뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자 입니까?

- ① 예    ② 아니오    ③ 모름

## 흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	끊은지 _____년
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로릴 등)을 피운적 있습니까?

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

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재피움	총 _____년	하루평균 _____개비	끊은지 _____년
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	하루평균 _____개비	

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)    ② 아니오

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

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

음주 ※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

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

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

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)

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

\* 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

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

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ( )일

**특수검진 문항 (표적장기별 증상 관련) ※ 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.**

신 체 부 위	증 상 문 항	증 상			업무관련성		신 체 부 위	증 상 문 항	증 상			업 무 관 련 성	
		심하다	약 간 있 다	없다	있음	없음			심하다	약 간 있 다	없다	있음	없음
일 반	식욕이 없고 체중이 줄었다.						심 혈 관 / 호 흡 기	작업 중 가슴이 두근거린다.					
	피로감을 많이 느낀다.							일을 할 때 기침이 나고 숨이 차다.					
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다.							가슴이 답답하다.					
피 부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다.						척 추 / 사 지	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다.					
	피부에 반점이 생긴다.							쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다.					
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다.							팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다					
	피부가 거칠어지거나 갈라진다.							손, 발이 떨리거나 힘이 없다.					
눈	눈이 시리거나 눈물이 잘 난다.						정 신 / 신 경	손이나 발의 감각이 둔해졌다.					
	시력이 전보다 나빠졌다.							추우면 손가락이 하얗게 된다.					
	눈이 충혈 되거나 아프다.							허리가 아프다.					
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다.						비 뇨 / 생 식	머리가 아프다.					
	귀에서 소리가 난다.							어지럽다.					
코	코피가 자주 난다.							비 뇨 / 생 식	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다.				
	콧물이 나고 코가 답답하다.						불안하고 초조하다.						
	냄새를 잘 못 맡는다.						정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다.						
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다						비 뇨 / 생 식	정신을 집중하기 어렵다.					
	맛을 잘 못 느낀다.							소변이 잘 안나온다.					
소 화 기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다.							비 뇨 / 생 식	몸이 붓는다.				
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다.						생리가 불규칙해졌다.(여자)						
	변비가 있다.						자연유산을 한 적이 있다.(여자)						

※ 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?

예  아니오

※ 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?

예  아니오

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

의사소견	
------	--

## 폐활량검사 문진표

신	장	cm	체	중	kg	폐활량검사 경험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
과거 또는 현재 앓고 있는 질환		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 심한감기 <input type="checkbox"/> 진폐 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 기관지염 <input type="checkbox"/> 귀질환 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 기타( )					
수 술 경 험		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 가슴 <input type="checkbox"/> 눈 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 복부 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 기타( )					
현재 복용약물		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 기관지확장제(천식, 감기약 등) <input type="checkbox"/> 기타( )					
흡 연 력		년	개월	1일 흡연량	개비	금일 흡연여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 1시간경과 <input type="checkbox"/> 1시간내
의치 착용여부		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고정식 <input type="checkbox"/> 비고정식					
호흡곤란 정도		<input type="checkbox"/> Grade0 : 정상의 일상생활 활동에 숨찬 증상을 느끼고, 운동을 하면 숨이 차게 느끼나 정상범위의 같은 연령, 신장, 성별의 사람과 비슷한 수준이다. <input type="checkbox"/> Grade1 : 평지를 천천히 걸을 때나 계단 1~2층을 오를 때 같은 연배의 사람보다 더 숨이 차다. <input type="checkbox"/> Grade2 : 평지를 걸을 때 같은 연배의 사람보다 더 숨이 차게 느끼며, 같이 걷기가 어렵다. <input type="checkbox"/> Grade3 : 평상시 걸을 때나, 집안일을 할 때 숨이 차다. <input type="checkbox"/> Grade4 : 옷 입는 것, 말하는 것, 다른 방으로 이동하는 것 등의 간단한 행동을 할 때도 숨이 차다.					

검 사 결 과						
구 분	예측치	최고치	예측치대비(%)	측정치1	측정치2	측정치3
FVC						
FEV1						
FEV1/FVC						
검사기관명	오산한국병원					

검사자 의견 (아래의 내용은 폐활량 검사자가 직접 작성해 주세요.)						
검 사 일 자	년	월	일	취급유해인자		
검사기 종류	금일검사기보정여부		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	검 사 자 세	<input type="checkbox"/> 선 자세 <input type="checkbox"/> 앉은 자세	
금일 보정결과	보정기 L/보정치 L ( % )			검 사 협 조	<input type="checkbox"/> 협조적 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 비협조적	
검사에 대한 검사자 의견				검 사 자	(서명)	
검사에 대한 판독의사 의견						
판 정 및 조치 사항				판 독 의 사	(서명)	

# 야간작업 종사자 문진표

※ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어주십시오. ( \_\_\_\_\_ )

- 배치 전 검진인 경우 현재 직장에서 가장 최근의 야간작업에 준하여 작성하고, 야간작업을 한적이 없다면 앞으로 종사할 야간작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오  
(야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인자가 불확실할 경우에는 배치 전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후 유해인자로서 야간작업이 해당될 경우 배치 후 건강진단을 실시합니다.)  
\* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 'V'표를 해 주십시오.

## ※ 노출평가 문진

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까?

- ①5년 미만 ②5-9년 ③10-14년 ④15-19년 ⑤20년 이상  
⑥해당 없음

2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해주시기 바랍니다.

- ①3교대 ②2교대 ③격일제(24시간) ④고정 야간근무  
⑤기타(불규칙 등)

3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무일정입니까?  
①예 (☞ 3-1번으로) ②아니요 (☞ 4번으로)

3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무 → 저녁근무 → 야간근무 순으로 바뀝니까? ①예 ②아니요

4. 퇴근이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?

- ①11시간 이상이다 ②11시간 미만이다

5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까?

- ①연속 야간작업 없음 ②2일 ③3일 ④4일 ⑤5일이상

6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 주간작업과 비교하여 어떠합니까?

- 1) 업무량 : 주간근무와 비교하여  
①비슷하다 ②더 적다 ③더 많다  
2) 휴식시간 : 주간근무와 비교하여  
①비슷하다 ②더 적다 ③더 많다

7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?

- ①예 ②아니요

8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

야간근무 중 수면시간	①예	②아니요
휴게실	①예	②아니요
식사/ 야식/ 간식	①예	②아니요
야간근무 일정 조정	①예	②아니요

9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?

- ①40시간 미만 ②40시간 ③41-51시간 ④52-59시간  
⑤60시간 이상

## ※ 수면장애(불면증 지수) 점수 :

1-3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주세요.

	없음	약간	중간	심함	매우심함
1.잠들기 어렵다	①	②	③	④	⑤
2.잠을 유지하기 어렵다	①	②	③	④	⑤
3.너무 일찍 깬다	①	②	③	④	⑤

4. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?

- ①매우만족 ②약간만족 ③그저그렇다 ④약간불만족 ⑤매우불만족

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각합니까? (활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)

- ①전혀 방해되지 않는다 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게

6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?

- ①전혀 그렇지 않다 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게

7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?

- ①전혀 걱정하지 않는다 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게

## ※ 위장관질환 (최근 2년 이내에 위내시경 검사를 하신적이 있습니까? □ 예 (년 월 실시) □ 아니요

1. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?

- ①전혀 없음 ②1개월에 하루 미만 ③1개월에 하루  
④1개월에 2-3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일 이상  
⑦거의 매일

2. 식사 후(불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어왔습니까? ① 아니요 ② 예

3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ①전혀 없음 ②1개월에 하루 미만 ③1개월에 하루  
④1개월에 2-3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일 이상  
⑦거의 매일

4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까? ①아니요 ②예

5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의 (가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?

- ①전혀없음 ②1개월에 하루미만 ③1개월에 하루  
④1개월에 2-3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일이상  
⑦거의 매일

6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까? ①아니요 ②예

## ※ 유방암 (여성분만 기록하여 주세요)

1. 우리나라에서 권하고 있는 유방암의 조기검진주기는 아래와 같습니다. 귀하는 지금까지 귀하의 연령에 맞는 조기검진을 시행하였습니까?

- 30세 이후 : 매월 자가진단
  - 35세 이후 : 2년 간격으로 의사 진찰
  - 40세 이후 : 1-2년 간격으로 의사 진찰과 유방촬영
- ①거의 한 적이 없다 ②몇 번은 한 적이 있다  
③거의 매번 지켰다

2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.

- ①유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다.  
②유두에서 분비물이 나온다.  
③유두가 헐거나 함몰되었다.  
④증상이 없다.

3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까? ①없다 ②있다

## 의 사 소 견