

특수건강진단 문진표

사업장명			
성명		주민등록번호	

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

● 질환력 (과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
심근경색/협심증	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
고혈압	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
당뇨병	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
이상지질혈증	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
폐결핵	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>
기타(암포함)	예	<u>아니요</u>	예	<u>아니요</u>

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

뇌졸중(중풍)	예	<u>아니요</u>
심근경색/협심증	예	<u>아니요</u>
고혈압	예	<u>아니요</u>
당뇨병	예	<u>아니요</u>
기타(암포함)	예	<u>아니요</u>

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니요 ③ 모름

● 흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궤련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	흡연했을 때 하루평균 ____개비	끊은 지 ____년

5. 지금까지 궤련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등을 피운 적 있습니까?

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

5-1. 현재 궤련형 전자담배(가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 ____년	하루평균 ____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 ____년	흡연했을 때 하루평균 ____개비	끊은 지 ____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요
② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요 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?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오. (술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

* 폭음: 하루 동안의 최대음주량으로 판단

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

* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

* 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

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

특수건강검진 문진표

※ 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 해당 칸에 '○' 표시해 주십시오.

신체 부위	증상 문항	증상		
		심하다	약간 있다	없다
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다.			
	피로감을 많이 느낀다.			
	몸의 어느 부분에서 덩어리가 만져진다.			
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다.			
	피부에 반점이 생긴다.			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 생긴다.			
	피부가 거칠어지거나 갈라진다.			
눈	눈이 시거나 눈물이 잘 난다.			
	시력이 전보다 나빠졌다.			
	눈이 충혈되거나 아프다.			
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다.			
	귀에서 소리가 난다.			
코	코피가 자주 난다.			
	콧물이 나고 코가 답답하다.			
	냄새를 잘 못맡는다.			
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 헐다.			
	맛을 잘 못느낀다.			
소화기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있다.			
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다.			
	변비가 있다.			

신체 부위	증상 문항	증상		
		심하다	약간 있다	없다
심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다.			
	일을 할 때 기침이 나고 숨이 차다.			
	가슴이 답답하다.			
	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다.			
	쉬고 난 다음 날 작업장에 나가면 기침을 한다.			
척추 / 사지	팔, 다리, 어깨가 쑤시거나 아프다.			
	손, 발이 떨리거나 힘이 없다.			
	손이나 발의 감각이 둔해졌다.			
	추우면 손가락이 하얗게 된다.			
	허리가 아프다.			
정신 / 신경	머리가 아프다.			
	어지럽다.			
	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다.			
	불안하고 초조하다.			
	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다.			
	정신을 집중하기 어렵다.			
비뇨 / 생식	소변이 잘 안 나온다.			
	몸이 붓는다.			
	생리가 불규칙해졌다. (여)			
	자연유산한 적이 있다.(여)			

※ 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

의사 소견	
-------	--

사업장명		수검자명		(서명)
------	--	------	--	------