

야간작업 종사자 특수건강진단 문진표(1차)

※ 적색 선 안의 문항을 작성하시기 바랍니다.

사업장명		부 서		☐ 내원 ☐ 출장	
성 명		주민등록번호		핸드폰	

노출평가

◆ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

--

◆ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 ☒ 표시해 주십시오.
배치 전 검진인 경우, 현재 직장에서 가장 최근 야간작업에
준하여 작성하고, 야간작업을 한 적이 없다면 앞으로 종사할
야간작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오.

(야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인지 불확실할
경우에는 배치 전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후
유해인자로서 야간작업이 해당 될 경우에 배치후 건강진단을
실시합니다.)

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은
몇년 입니까?

- ☐ 5년 미만 ☐ 5-9년 ☐ 10-14년 ☐ 15-19년
☐ 20년이상 ☐ 해당없음

2. 현 직장에서의 근무 형태를 표시해 주시기 바랍니다.

- ☐ 3교대 ☐ 2교대 ☐ 격일제(24시간)
☐ 고정 야간근무 ☐ 기타(불규칙 등)

3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무 일정
입니까?

- ☐ 예 (예 3-1번으로) ☐ 아니오 (예 4번으로)

3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무→저녁근무→야간근무
순으로 바뀌는 정방향입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

4. 퇴근 이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?

- ☐ 11시간 이상이다. ☐ 11시간 미만이다.

5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었
습니까?

- ☐ 연속 야간작업 없음 ☐ 2일 ☐ 3일
☐ 4일 ☐ 5일 이상

6. 야간작업의 업무량과 휴식 시간은 주간작업과 비교하여
어떠합니까?

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

7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오

8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

야간근무 중 수면시간	☐ 있다 ☐ 없다
휴게실	☐ 있다 ☐ 없다
식사/야식/간식	☐ 있다 ☐ 없다
야간근무 일정 조정	☐ 가능하다 ☐ 불가능하다

9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?

- ☐ 40시간 미만 ☐ 40시간
☐ 41-51시간 ☐ 52-59시간

수면장애(불면증 지수)

◆ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

--

◆ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 ☒ 표시해 주십시오.

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

	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠들기 어렵다	☐	☐	☐	☐	☐
2. 잠을 유지하기 어렵다	☐	☐	☐	☐	☐
3. 너무 일찍 깬다	☐	☐	☐	☐	☐

2. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?

- ☐ 매우 만족 ☐ 약간 만족 ☐ 그저 그렇다
☐ 약간 불만족 ☐ 매우 불만족

3. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고
생각하십니까?

(활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력,
기억력, 기분 등)

- ☐ 전혀 방해되지 않는다 ☐ 약간 ☐ 중간
☐ 심하게 ☐ 매우 심하게

4. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각
하고 있습니까?

- ☐ 전혀 그렇지 않다 ☐ 약간 ☐ 중간
☐ 심하게 ☐ 매우 심하게

5. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고
있습니까?

- ☐ 전혀 걱정하지 않다 ☐ 약간 ☐ 중간
☐ 심하게 ☐ 매우 심하게

★ 뒷면도 작성해 주시기 바랍니다. ★

평 가 (점)	☐ 정상 (유의할 정도의 불면증 없음)
	☐ 가벼운 불면증
	☐ 중등도의 불면증
	☐ 심한 불면증

야간작업 종사자 특수건강진단 문진표(1차)

※ 적색 선 안의 문항을 작성하시기 바랍니다.

위장관 질환

◆ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

위암 등 가족력:

◆ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 ☑ 표시해 주십시오.

- 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?
☐ 전혀 없음 ☐ 1개월에 하루 미만
☐ 1개월에 하루 ☐ 1개월에 2-3일
☐ 1주일에 하루 ☐ 1주일에 2일 이상 ☐ 거의 매일
- 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?
☐ 아니오 ☐ 예
- 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있습니까?
☐ 전혀 없음 ☐ 1개월에 하루 미만
☐ 한달에 하루 ☐ 한 달에 2-3일
☐ 일주일에 하루 ☐ 일주일에 2일 이상 ☐ 거의 매일
- 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?
☐ 아니오 ☐ 예
- 최근 3개월 동안 복부 가운데(가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?
☐ 전혀 없음 ☐ 1개월에 하루 미만
☐ 한달에 하루 ☐ 한 달에 2-3일
☐ 일주일에 하루 ☐ 일주일에 2일 이상 ☐ 거의 매일
- 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?
☐ 아니오 ☐ 예
- 최근 2년 이내 위내시경 검사를 받은적이 있습니까?
☐ 아니오 ☐ 예

평 가	☐ 정상 (소화불량증 없음)
	☐ 비정상(소화불량증 있음)

유방암

◆ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

위암 등 가족력:

◆ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 ☑ 표시해 주십시오.

- 우리나라에서 권고하고 있는 유방암의 조기검진주기는 아래와 같습니다.
 귀하는 지금까지 귀하의 연령에 맞는 조기검진을 시행 하였습니다습니까?
 - 30세 이후 : 매월 자가진단
 - 35세 이후 : 2년 간격으로 의사 진찰
 - 40세 이후 : 1~2년 간격으로 의사 진찰과 유방촬영
☐ 거의 한 적이 없다.
☐ 몇 번은 한 적이 있다.
☐ 거의 매번 지켰다.
- 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.
☐ 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다.
☐ 유두에서 분비물이 나온다.
☐ 유두가 헐거나 함몰되었다.
☐ 증상이 없다.
- 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?
☐ 한 적이 없다 ☐ 한 적이 있다

기타소견