

※ 회색 네모 칸을 빠짐없이 작성해주시고, 뒷장부터는 빠짐없이 모두 작성해 주세요.

등록번호:

() 건강진단개인표

유해인자:

주민등록번호		성명		나이		성별		사원번호						
사업자명		입사년월일		현직전입일		업종								
현 작업부서		현작업공정		전화번호										
과거 진력	작업공정		취급화학물질 및 노출유해인자		노출기간		현재 취급화학물질 및 노출유해기간		1일노출시간					
문 진	과거병력		가족력		뇌졸중	심장병	고혈압	당뇨	기타(암포함)					
	업무기인성		임상진찰		위장관계		심혈관계							
					신경계		호흡기계							
	현재증상, 자타각 증상		임상진찰		내분비계		간담도계							
					조혈기계		비뇨기계							
	현재증상, 자타각 증상		임상진찰		근골격계		약구강계							
생식계					눈, 피부, 비강, 인두									
안과		진동장애		기타		해당없음								
검사항목														
항목	신장 (Cm)	체중 (Kg)	허리둘레 (Cm)	시력		혈압(mmHg)								
				좌 / 우	최고	최저								
금회				/										
순음청력검사														
구분	500Hz		1000Hz		2000Hz		3000Hz		4000Hz		6000Hz		이비인후계	
	기도	골도	기도	골도	기도	골도	기도	골도	기도	골도	기도	골도	좌	우
금회	좌													
	우													
전년	좌													
	우													
보호구착용()														
판정		소견		조치		업무수행적합여부		유해인자		건강구분				
						사후관리내용								
건강진단일자				건강진단의사						서명 또는 인				
건강진단기관		한전의료재단 한일병원		근로자						서명 또는 인				

일반건강검진 결과기록지

사업장명		성명		사원번호	
사업소명		주민등록번호	-	연락처(HP)	
건강검진일	년 월 일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장		

구분	검사항목	결과			
계측검사	키	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	몸무게		kg <input type="checkbox"/> 본인 기재
	허리둘레	cm <input type="checkbox"/> 본인 기재	체질량지수		kg/m ²
	시력(좌/우)	/ <input type="checkbox"/> 교정	청력(좌/우)		/ <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 측정불가
	혈압(최고/최저)	/ mmHg			
요검사	요단백	1. 음성 2. 약양성(±)	3. 양성(+1) 4. 양성(+2)	5. 양성(+3) 6. 양성(+4)	
혈액검사	혈색소	g/dL	공복혈당		mg/dL
	총콜레스테롤	mg/dL	HDL-콜레스테롤		mg/dL
	트리글리세라이드	mg/dL	LDL-콜레스테롤		mg/dL
	혈청크레아티닌	mg/dL	신사구체여과율(e-GFR)		mL/min/1.73m ²
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)		U/L
	감마지티피(γ-GTP)	U/L			
흉부방사선검사		1. 정상 2. 사진불량 3. 비활동성(정상) 7. 폐결핵의증 8. 비결핵성 질환 9. 순환기계 질환 10. 진단미정 11. 미촬영 12. 유질환자 13. 비활동성 폐결핵			
B형간염검사	표면항원	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치()이하
	표면항체	일반	1. 음성 2. 양성	정밀	검사수치() 검사기관 기준치()이하
	검사결과		1. 항체 있음 2. 항체 없음 3. B형 간염 보균자 의심 4. 판정 오류		
노인신체기능검사	하지기능	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/보행장애(①유 ②무)			
	평형성	눈감은 상태	(한 다리로 서기) 초	눈 뜬 상태	(한 다리로 서기) 초
골밀도검사	양방사선(말단)골밀도검사	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하			
	정량적전산화단층골밀도검사	① 120 초과 ② 80 ~ 120 ③ 80 미만			
	초음파골밀도측정	① -1 이상 ② -1 ~ -2.5 ③ -2.5 이하			
	검사결과		① 정상 ② 골감소증 ③ 골다공증		
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과		정신건강검사(우울증)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증상 (점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상 (점수 합산결과 20~27점)		
		인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6-30점, 추가적인 진찰과 상담 필요) (* 점수산정기준 - ①아니다 : 0점, ②가끔(조금) 그렇다 : 1점, ③자주(많이) 그렇다 : 2점)		
노인기능평가(문진)		(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요			
노인신체기능검사		(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능 저하			
진찰 및 상담	과거병력	(진단) 1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】 (약물) 1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질혈증 ⑥폐결핵 ⑦기타(암포함)】			
	가족력	1.무 2.유【①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타(암포함)】		B형간염 (바이러스보유) 1.예 2.아니오 3.모름	
	생활습관	직계가족의 심혈관 질환의 조기발병 직계가족 ()가 ()세경에 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색 발병			
의심질환		① 금연필요 ② 절주필요 ③ 신체활동필요 ④ 근력운동필요			
생활습관 관리		<input type="checkbox"/> 정상A ①비만관리 ②혈압관리 ③이상지질혈증관리 ④간기능관리 <input type="checkbox"/> 정상B ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧골다공증관리 ⑨비활동성 폐결핵 <input type="checkbox"/> 일반 질환의심 ⑩기타질환관리 (1.혈색소과다 2.저체중 3.시력저하 4.기타) <input type="checkbox"/> 고혈압 또는 당뇨병질환의심 ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④간장질환 <input type="checkbox"/> 유질환자 ⑤신장질환 ⑥빈혈증 ⑦골다공증 ⑧난청 ⑨비만 ⑩기타질환()			
판정		<input type="checkbox"/> 유질환자 ①고혈압 ②당뇨병 ③이상지질혈증 ④폐결핵			
검진일		검진(문진)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				
판정일		검진(판정)의사	면허번호		
년 월 일	의사명 (서명)				

※ 문진의사와 판정의사가 다를 경우 각각 기재함

공통 문진표

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

질한력(과거력, 가족력)

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

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
폐결핵	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

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

뇌졸중(중풍)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
심근경색/협심증	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
고혈압	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
당뇨병	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
기타(암포함)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

2-1. 직계 가족이 심혈관질환의 조기 발병을 하셨다면 직계가족()가 ()세경에
뇌졸중 협심증 심근경색 발병

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

흡연 및 전자담배

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

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

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

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

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

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

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

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

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?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 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?

* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한곳에만 작성 해 주십시오(술 종류는 복수응답 가능, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

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

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주십시오.



노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ① 예 ② 아니오
2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까? ① 예 ② 아니오
3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.
아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 √ 표시를 해주십시오.
 - 1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예 ② 아니오
 - 6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?
① 예 ② 아니오
4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?
① 예 ② 아니오

대한직업환경의학회 특수건강진단 문진표



표적장기별 증상 관련 문항

최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

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

신체 부위	증상문항	증 상		
		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 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다			
척추 · 사지	팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			
	손, 발이 떨리거나 힘이 없다			
	손이나 발의 감각이 둔해졌다			
	추우면 손가락이 하얗게 된다			
정신 · 신경	허리가 아프다			
	머리가 아프다			
	어지럽다			
	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다			
	불안하고 초조하다			
비뇨 · 생식	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다			
	정신을 집중하기 어렵다			
	소변이 잘 안 나온다			
	몸이 붓는다			
	(여성분만 작성) 생리가 불규칙해졌다			
	(여성분만 작성) 자연유산한 적이 있다			

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

의 사 소 견	
------------------	--

야간작업 종사자 문진표

- 사업장명 :
 성명 :

야간작업 - 노출평가

* 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

배치 전 검진인 경우 현재 직장에서 가장 최근의 야간작업에 준하여 작성하고, 야간작업을 한 적이 없다면 앞으로 종사할 야간작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오.
(야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인지가 불확실할 경우에는 배치 전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후 유해인자로서 야간작업이 해당될 경우 배치 후 건강진단을 실시합니다.)

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까?
 5년 미만 5-9년 10-14년 15-19년 20년 이상 해당 없음
2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해주시기 바랍니다.
 3교대 2교대 격일제(24시간) 고정 야간근무 기타(불규칙 등)
3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무일정입니까?
 예 (예 3-1번으로) 아니오 (예 4번으로)
- 3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무 → 저녁근무 → 야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까?
 예 아니오
4. 퇴근이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?
 11시간 이상이다. 11시간 미만이다.
5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까?
 연속 야간작업 없음 2일 3일 4일 5일 이상
6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 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	<input type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다
휴게실	<input type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다
식사/야식/간식	<input type="checkbox"/> 있다	<input type="checkbox"/> 없다
야간근무 일정 조정	<input type="checkbox"/> 가능하다	<input type="checkbox"/> 불가능하다
9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?
 40시간 미만 40시간 41-51시간 52-59시간 60시간 이상

야간작업 - 수면장애(불면증지수)

* 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

--

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

1-3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주세요.					
	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠들기 어렵다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 잠을 유지하기 어렵다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 너무 일찍 깬다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 매우 만족 <input type="checkbox"/> 약간 만족 <input type="checkbox"/> 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 약간 불만족 <input type="checkbox"/> 매우 불만족					
5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각하십니까? (활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등) <input type="checkbox"/> 전혀 방해되지 않는다 <input type="checkbox"/> 약간 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 심하게 <input type="checkbox"/> 매우 심하게					
6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 약간 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 심하게 <input type="checkbox"/> 매우 심하게					
7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 전혀 걱정하지 않는다 <input type="checkbox"/> 약간 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 심하게 <input type="checkbox"/> 매우 심하게					

야간작업 - 수면장애(주간졸림증)

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

	전혀 안 졸리다	조금 졸리다	상당히 졸리다	매우 많이 졸리다
1. 앉아서 책을 읽을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 텔레비전을 볼 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 극장이나 회의석상과 같은 공공장소에서 가만히 앉아있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 1 시간 정도 계속 버스나 택시를 타고 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 오후 휴식시간에 편안히 누워 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 앉아서 누군가에게 말을 하고 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 점심 식사 후 조용히 앉아 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 차를 운전하고 가다가 교통체증으로 몇 분간 멈추어 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

야간작업 - 수면장애(수면의 질)

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

1-4. 지난 한 달 동안의 수면에 대하여 각 질문에 답하여 주십시오.

1. 몇 시쯤 잠자리에 들었습니까? ()시 ()분
2. 누워서 잠들 때까지 얼마만큼의 시간이 걸렸습니까? ()시간 ()분
3. 몇 시쯤 일어나셨습니까? ()시 ()분
4. 실제로 몇 시간을 주무셨습니까? ()시간 ()분

5. 지난 한 달 동안 다음과 같은 이유로 잠이 들기 어려웠던 적이 몇 번이나 됩니까?

	없었다	주 1 회 미만	주 1-2 회	주 3 회 이상
30 분 이내에 잠들지 못해서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
수면 도중에 깨어서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
화장실에 가려고 일어나야 해서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
누우면 숨을 편히 쉬지 못해서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
크게 코를 골거나 기침을 해서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
오한(추위)을 심하게 느껴서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
열감(더위)을 심하게 느껴서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
악몽이나 불쾌한 꿈 때문에	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
통증이 있어서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 다른 이유로 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 지난 한 달 동안의 수면의 질을 평가하자면 어떻습니까?

- 아주 좋다 대체로 좋다 대체로 나쁘다 아주 나쁘다

7. 지난 한 달 동안 잠들기 위해 얼마나 자주 약(수면보조제)을 드셨습니까?

- 없었다 주 1 회 미만 주 1-2 회 주 3 회 이상

8. 지난 한 달 동안 운전 중이나 식사를 할 때나 사회활동에 참여할 때 졸려서 깨어 있기 힘들었던 적이 얼마나 있습니까?

- 없었다 주 1 회 미만 주 1-2 회 주 3 회 이상

9. 지난 한 달간 업무를 수행하는데 얼마나 힘들었습니까?

- 전혀 힘들지 않았다 별로 힘들지 않았다 약간 힘들었다
 매우 힘들었다

야간작업 - 위장관질환

* 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

1. 최근 3 개월 동안 1 인분의 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
2. 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6 개월 이전부터 있어왔습니까?
 아니오 예
3. 최근 3 개월 동안 1 인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?
 전혀 없음 한 달에 하루 미만 한 달에 하루 한 달에 2-3일
 일주일에 하루 일주일에 2일 이상 거의 매일
4. 1 인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6 개월 이상 있었습니까?
 아니오 예
5. 최근 3 개월 동안 복부 가운데의 (가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?
 전혀 없음 한 달에 하루 미만 한 달에 하루 한 달에 2-3일
 일주일에 하루 일주일에 2일 이상 거의 매일
6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6 개월 이전부터 있어 왔습니까?
 아니오 예

야간작업 - 유방암 (※여성분 또는 증상이 있는 남성분은 작성해주세요.)

* 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

* 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

1. 우리나라에서 권고하고 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

 거의 한 적이 없다.
 몇 번은 한 적이 있다.
 거의 매번 지켰다.
2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.
 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다.
 유두에서 분비물이 나온다.
 유두가 헐거나 함몰되었다.
 증상이 없다.
3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?
 한 적이 없다 한 적이 있다

개인정보 수집 및 이용동의서

1. 개인정보 수집 · 이용 목적

한일병원은 산업안전보건법 시행규칙 제209조(건강진단 결과의 보고 등) 및 제210조의(건강진단 결과의 사후관리 등)에 따라, 귀하의 특수건강진단을 실시함에 있어 건강진단·결과조치 및 사후관리에 활용하기 위하여 귀하의 소중한 개인정보를 사업장 또는 계약기관으로 제공하는 데 사용하고자 합니다.

2. 수집하는 개인정보의 항목

의료법 시행규칙 제14조에 따른 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 전자메일 등 개인식별정보와 건강진단결과 및 문진 자료 등 건강진단개인표에 명시된 항목

3. 개인정보의 보유 · 이용기간

건강진단서비스의 제공을 위하여 수집된 경우는 의료법 및 산업안전보건법에서 정한 기준에 준합니다. 다만 수집 목적 또는 목적이 달성된 경우에도 법령의 규정에 따라 보존할 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있습니다.

상기 내용은 본원에서 건강진단서비스를 제공하는 데 필요한 최소한의 정보에 해당하는 것으로 개인정보 수집 · 이용, 제공 동의서 작성 후에도 의료법, 산업안전보건법 및 개인정보보호법 등 관계 법령에 규정된 경우를 제외하고, 동의자가 원할 경우에 동의 여부를 언제든지 변경 또는 철회할 수 있음을 알려드립니다.

「개인정보보호법」에 따라 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

일 자 : 20 년 월 일

동의자 : 성명() 서명()

구강검진 문진표

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

 (치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항

1. 최근 1년간 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
3. 현재 심혈관질환을 앓고 계십니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
4. 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
5. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘이거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까?
① 예 ② 아니오
6. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?
①매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통
④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨
9. 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까?
()회
10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니까?
① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회)
③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?
① 항상 했다 ② 대부분 했다
③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다
12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
14. 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)를 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
15. 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다
③ 이전에 피웠으나 끊었다

 구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용, 흡연) 관련 문항

8. 치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오

 특별한 증상 혹은 치과 의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.