

- 특수
- 배치전

건강진단개인표

유해인자 :

검사 항목	혈액	소변10종	BEI	청력	PFT	EKG	X-ray	구강	약력	접수번호	
주민등록번호		-			이름		핸드폰번호				
결과지 수령 방법		아래 3가지 중 택 1 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 메일 <input type="checkbox"/> 우편			결과지 수령 주소 (우편 및 이메일)						
사업체명								건강진단장소		<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장	
과거 직력 (현 직장 제외/ 첫 직장:없음)	작업공정	근무 년수	기간	부서명		사원번호					
				입사년월일		현직전입일					
				폭로기간	년	개월	1일 폭로시간	시간			
항목	신장(cm)	체중(kg)	허리둘레(cm)	혈압(약복용 <input type="checkbox"/>)				약력		손톱압박검사	
				수축기	이완기	좌	우	좌	우	<input type="checkbox"/> 정상()초 <input type="checkbox"/> 이상소견	
결과											
청력	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz	이경검사			
	기도(골도)	기도(골도)	기도(골도)	기도(골도)	기도(골도)	기도(골도)	기도(골도)	좌	우		
좌(dB)								<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 귀지 <input type="checkbox"/> 중이염(천공, 소실) <input type="checkbox"/> 외이도염 <input type="checkbox"/> 기타:		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 귀지 <input type="checkbox"/> 중이염(천공, 소실) <input type="checkbox"/> 외이도염 <input type="checkbox"/> 기타:	
우(dB)											
비중격 검사	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상소견			신경학적 검사			<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상소견				
과거 병력 및 현증	진단 여부	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타						가족력			
	약물 치료여부	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 폐결핵 <input type="checkbox"/> 기타						업무기인성			
임상증상											
· 눈,피부,비강,인두		· 조혈기계				· 심혈관계					
· 이비인후계		· 생식기계				· 신경계					
· 호흡기계		· 약구강계				· 위장관계					
· 간담도계		· 피부				· 내분기계					
· 비뇨기계		· 진동(통각,진통각)				· 기 타					
판정	검진소견			사후관리조치			업무수행작업여부		유해인자별건강구분		
									유해인자	건강구분	
건강진단기관	C.M.I 종합검진센터 · 산업보건센터			건강진단 일자		건강진단 의사	서명 또는(인)				
근로자							서명 또는(인)				



CMI 종합검진센터 · 산업보건센터

의료법인 중앙의료재단

☎ 042) 477-9633

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 '○' 표시해 주십시오.
 1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까? (본인)

질병명	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	이상 지질 혈증	폐결핵	기타 (암포함)
진단여부							
약물치료 여부							

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

질환명	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암포함)
있음					

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

※ 흡연관련 문항

아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(필러)를 피운 적이 있습니까?
 ① 아니오(☞ 5번 문항으로 가세요) ② 예(☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(필러)를 피우십니까?

① 현재 피움

☞ 총 _____년, 하루 평균 _____개비

② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

☞ 총 _____년, 흡연했을 때 하루 평균 _____개비, 끊은 지 _____년

5. 지금까지 필러형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운 적이 있습니까?
 ① 아니오(☞ 6번 문항으로 가세요) ② 예(☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 필러형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움

☞ 총 _____년, 하루 평균 _____개비

② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

☞ 총 _____년, 흡연했을 때 하루 평균 _____개비, 끊은 지 _____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 관련 문항(지난 1년간)

아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

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) 관련 문항

아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

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

(예: 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)

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

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

(예: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등)
 ※ 8-1, 8-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

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

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

※ 표적장기별 증상 관련 문항

11. 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

* 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?

예 아니오

* 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?.

예 아니오

신체 부위	증상문항	증 상		
		심하다	약간 있다	없다
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다			
	피로감을 많이 느낀다			
피부	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다			
	피부가 가렵거나 염증이 생긴다			
	피부에 반점이 생긴다			
눈	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다			
	피부가 거칠어지거나 갈라진다			
	눈이 시거나 눈물이 잘난다			
귀	시력이 전보다 나빠졌다			
	눈이 충혈되거나 아프다			
코	말소리가 또렷하게 들리지 않는다			
	귀에서 소리가 난다			
입	코피가 자주 난다			
	콧물이 나고 코가 답답하다			
소화기	냄새를 잘 못 맡는다			
	잇몸에서 피가 나가거나 잇몸이 험다			
심혈관 / 호흡기	맛을 잘 못 느낀다			
	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다			
척추 / 사지	금속을 뺐은 것 같은 입맛이 난다			
	변비가 있다			
	작업 중 가슴이 두근거린다			
정신 / 신경	일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다			
	가슴이 답답하다			
	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다			
비뇨 / 생식	쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다			
	팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			
	손, 발이 떨리거나 힘이 없다			
의사 소견	손이나 발의 감각이 둔해졌다			
	추우면 손가락이 하얗게 된다			
	허리가 아프다			
의사 소견	머리가 아프다			
	어지럽다			
	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다			
의사 소견	불안하고 초조하다			
	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다			
	정신을 집중하기 어렵다			
의사 소견	소변이 잘 안 나온다			
	몸이 붓는다			
	생리가 불규칙해졌다			
의사 소견	자연유산 한 적이 있다			
	그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.			

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

의사 소견



의료법인 중앙의료재단

CMI 종합검진센터 · 산업보건센터

Tel. 042) 477-9633