

## Kuesioner Pemeriksaan Kesehatan Khusus

Perusahaan:

Nama:

\* Tunjukkan gejala apa pun yang Anda alami dalam kurun waktu **6 bulan terakhir** :

Bagian Tubuh	Gejala	Intensitas			Bagian Tubuh	Gejala	Intensitas		
		Tinggi	Sedang	Tidak ada			Tinggi	Sedang	Tidak ada
Umum	Nafsu makan hilang dan berat badan turun.				Sistem Kardiovaskuler / Respirasi	Jantung berdebar saat saya bekerja.			
	Merasa kelelahan.					Mengalami batuk dan nafas tersengal-sengal saat bekerja.			
	Badan saya bengkak- bengkak.					Dada terasa sesak.			
Kulit	Saya mengalami gatal-gatal atau radang di kulit.				Tulang Belakang/ Anggota gerak	Terbentuk dahak atau batuk saat bangun tidur.			
	Saya mengalami ruam kulit.					Saya mengalami batuk saat kembali bekerja setelah hari libur.			
	Saya melihat ada perubahan pada rambut, kuku jari tangan dan kaki.				Nyeri di lengan, tungkai atau bahu.				
	Kulit saya kasar dan pecah-pecah.				Tangan dan kaki gemetar atau terasa lemah.				
Mata	Mata saya sepertinya mengalami iritasi dan sering berair				Kesehatan Mental/ Sistem Saraf	Tangan dan kaki mati rasa.			
	Pandangan saya lebih kabur daripada sebelumnya.					Jari tangan menjadi pucat saat kedinginan.			
	Mata saya merah atau luka.					Nyeri pinggang.			
Telinga	Pendengaran saya kurang jelas.				Sistem Pengeluaran/ Reproduksi	Sakit kepala.			
	Saya mendengar suara berdenging.					Pusing.			
Hidung	Hidung saya sering berdarah.					Saya sering sekali menjadi pelupa.			
	Hidung saya ingusan dan tersumbat.				Merasa gelisah dan resah.				
	Indera pembau tidak berfungsi dengan baik.				Kepala sepertinya mati rasa atau saya merasa seperti mabuk.				
Mulut	Gusi berdarah atau luka.				Saya sulit berkonsentrasi.				
	Indera pengecap tidak berfungsi dengan baik.				Saya sulit buang air kecil.				
Saluran Pencernaan	Perut sering terasa perih.				Badan mudah bengkak.				
	Mulut terasa seperti logam.				Nyeri karena menstruasi tidak teratur.				
	Mengalami sembelit.				Saya pernah mengalami keguguran.				

Jelaskan gejala lain, jika ada.:

- \* Pernahkah Anda mengalami masalah kesehatan (masalah fisik) di tempat kerja?  Ya  Tidak
- \* Apakah menurut Anda masalah tersebut terkait bahan yang Anda tangani di tempat kerja?  Ya  Tidak

<b>Komentar Dokter</b>	
------------------------	--