

특수건강진단 문진표

성 명		주민번호	
사업장명		부 서	

※ 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

신체부위	증상문항	증 상			신체부위	증상문항	증 상			
		심하다	약간 있다	없다			심하다	약간 있다	없다	
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다.				심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다.				
	피로감을 많이 느낀다.					일을 할 때 기침이 나고 숨이 차다.				
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다.					가슴이 답답하다.				
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다.					척추 / 사지	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다.			
	피부에 반점이 생긴다.						쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다.			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다						팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			
	피부가 거칠어지거나 갈라진다.				손, 발이 떨리거나 힘이 없다					
눈	눈이 시거나 눈물이 잘 난다				정신 / 신경	손이나 발의 감각이 둔해졌다				
	시력이 전보다 나빠졌다					추우면 손가락이 하얗게 된다.				
	눈이 충혈 되거나 아프다.					허리가 아프다				
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다.				비뇨 / 생식	머리가 아프다				
	귀에서 소리가 난다					어지럽다				
코	코피가 자주 난다					정신 / 신경	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다			
	콧물이 나고 코가 답답하다						불안하고 초조하다			
	냄새를 잘 못 맡는다.						정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다.			
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다					비뇨 / 생식	정신을 집중하기 어렵다			
	맛을 잘 못 느낀다.				소변이 잘 안 나온다					
소화기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다.				비뇨 / 생식		몸이 붓는다.			
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다						생리가 불규칙해졌다.(여자)			
	변비가 있다.						자연유산을 한 적이 있다.(여자)			
점막 자극	코가 헐거나 목 안이 헐어 아프다						비뇨 / 생식	성생활(부부생활)이 잘안된다		
	귀안이 가렵거나 진물이 난다					성욕이 떨어진다				

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

의사소견

※ 아래의 문진표는 폐활량검사 대상자만 작성해 주세요

폐활량검사 문진표					
신 장	cm	체 중	kg	폐활량검사 경험	○무 ○유
과거 또는 현재 앓고 있는 질환	○무	○심한 감기 ○진폐 ○천식 ○폐렴 ○기관지염 ○귀 질환 ○심장질환 ○폐결핵 ○기타[]			
수 술 경 험	○무	○가슴 ○눈 ○목 ○복부 ○심장 ○기타[]			
현재 복용약물	○무	○기관지확장제[천식, 감기약 등] ○기타[]			
흡 연 력	년 개월	1일 흡연량	개비	금일 흡연여부	○무 ○1시간경과 ○1시간내
의치 착용여부	○무 ○고정식 ○비고정식				
호흡 곤란정도	<input type="radio"/> Grade 0 : 정상 일상생활 활동에 숨찬 증상을 안 느끼고, 운동을 하면 숨이 차게 느끼나 정상범위의 같은 연령, 신장, 성별의 사람과 비슷한 수준이다. <input type="radio"/> Grade 1 : 평지를 천천히 걸을 때나 계단 1~2층을 오를 때 같은 연배의 사람보다 더 숨이 차다 <input type="radio"/> Grade 2 : 평지를 걸을 때 같은 연배의 사람보다 더 숨이 차게 느끼며, 같이 걷기가 어렵다 <input type="radio"/> Grade 3 : 평상시 걸을 때나, 집안일을 할 때 숨이 차다 <input type="radio"/> Grade 4 : 옷 입는 것, 말하는 것, 다른 방으로 이동하는 것 등의 간단한 행동을 할 때도 숨이 차다				

※검사자 의견 (아래의 내용은 폐활량 검사자가 직접 작성해 주세요.)			
검사일자	년 월 일	취급 유해인자	
검시기 종류		금일검시기 보정여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
금일 보정결과	보정기	L / 보정치	L (%)
검 사 자 세	<input type="checkbox"/> 선 자세 <input type="checkbox"/> 앉은 자세	검사협조	<input type="checkbox"/> 협조적 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 비협조적
검사에 대한 검사자 의견			검사자 (서명)
검사에 대한 의사 의견			
판정 및 조치사항			검진 의사 (서명)

[별지 제4호서식]

치아검사(부식증, 교모증) 및 치주조직검사표

1. 치아검사결과(부식증, 교모증)	2. 치주조직검사결과	
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□	
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□	
7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7		
치아상태 및 치주상태 :		
<input type="checkbox"/> E0 : 정상 <input type="checkbox"/> E1 : 법랑질표면부식 <input type="checkbox"/> E2 : 법랑질파괴부식 <input type="checkbox"/> E3 : 상아질파괴부식 <input type="checkbox"/> E4 : 2차상아질파괴부식 <input type="checkbox"/> E5 : 치주노출부식	<input type="checkbox"/> T0 : 정상 <input type="checkbox"/> T1 : 법랑질파괴 <input type="checkbox"/> T2 : 상아질파괴 <input type="checkbox"/> T3 : 교두의 완전파괴 <input type="checkbox"/> T4 : 치관치근경계부까지 파괴	
	<input type="checkbox"/> 0 : 정상 <input type="checkbox"/> 1 : 출혈 <input type="checkbox"/> 2 : 치석형성 <input type="checkbox"/> 3 : 전치주낭형성 <input type="checkbox"/> 4 : 심치주낭형성 <input type="checkbox"/> 5 : 기타()	
검사일자	검사기관	검진 의사 (서명)