

Bảng câu hỏi khám sức khỏe đặc biệt

Tên công ty :

Họ và tên :

* Hãy trả lời về triệu chứng có trong vòng 6 tháng qua .

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng			Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Trầm trọng	Nhẹ	Không có			Trầm trọng	Nhẹ	Không có
Tổng quát	Chán ăn, giảm cân				Tim mạch / hệ hô hấp	Cảm thấy đánh trống ngực khi đang làm việc			
	Cảm thấy mệt					Khi làm việc bị ho, khó thở			
	Sờ thấy có khối u trên cơ thể					Nặng ngực			
Da	Ngứa da hoặc nhiễm trùng da					Ra nhiều đăm vào buổi sáng khi thức dậy và ho			
	Nổi ban đỏ trên da					Sau khi nghỉ rồi đến nơi làm việc thì bị ho			
	Lông hoặc móng tay, móng chân biến dạng					Cột sống / tứ chi	Cánh tay, chân, vai bị nhức hoặc đau		
	Da dày nứt nẻ				Rụng bẹn tay, cánh tay hoặc thấy yếu				
Mắt	Cay mắt hoặc chảy nước mắt				Mất cảm giác bàn tay hoặc bàn chân				
	Giảm toàn bộ thị lực				Ngón tay bị trắng bệch khi lạnh				
	Bị xuất huyết mắt hoặc đau				Đau lưng				
Tai	Nghe tiếng nói không rõ				Tinh thần / thần kinh	Đau đầu			
	Ù tai					Chóng mặt			
Mũi	Thường xuyên chảy máu mũi					Giảm trí nhớ hoặc hay quên trầm trọng			
	Chảy nước mũi, nghẹt mũi					Cảm thấy bất an và bực bội			
	Không ngửi được mùi					Cảm thấy dờ dẩn tinh thần hoặc như say rượu			
Miệng	Chảy máu lợi răng hoặc nứt nẻ lợi				Khó tập trung tinh thần				
	Không nếm được vị thức ăn				Tiết niệu / sinh dục	Tiểu khó			
Hệ tiêu hóa	Đã từng bị đau bụng					Phù cơ thể			
	Cảm thấy có mùi vị sắt trong miệng					Rối loạn kinh nguyệt			
	Bị táo bón					Có tiền căn bị xảy thai tự nhiên			

Nếu có triệu chứng khác thì hãy ghi vào ô dưới đây

--

* Trong khi đang làm việc có bị cảm giác có vấn đề về sức khỏe không (bất thường cơ thể)? có không

* Bạn có nghĩ là có vấn đề về sức khỏe nguyên nhân do thiết bị điều khiển trong khi làm việc? có không

Ý kiểm Bác sĩ	
------------------------------	--