이 부분은 꼭 작성하여 주십시오.

# 야간작업 문진표(1차)

| 이 름 | | 주민등록번호 | |
|---|---|---|---|
| 사업장명 | | 부 서 명 | |

※ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

## ◈ 노출평가

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 실시 합니다.)

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇년입니까?
   1 5년 미만 2 5-9년 3 10-14년 4 15-19년
   5 20년 이상 6 해당없음
2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해주시기 바랍니다.
   1 3교대 2 2교대 3 격일제(24시간) 4 고정 야간근무
   5 기타(불규칙 등)

3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무 일정입니까?
   1 예 (☞ 3-1번으로) 2 아니오 (☞ 4번으로)

   3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무 → 저녁근무 → 야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까? 1 예 2 아니오

4. 퇴근이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?
   1 11시간 이상이다. 2 11시간 미만이다.

5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까?
   1 연속 야간작업 없음 2 2일 3 3일 4 4일 5 5일 이상

6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 주간작업과 비교하여 어떠합니까?
   1) 업 무 량 : 주간근무와 비교하여
      1 비슷하다 2 더 적다 3 더 많다
   2) 휴식시간 : 주간근무와 비교하여
      1 비슷하다 2 더 적다 3 더 많다

7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?
   1 예 2 아니오

8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

| | | |
|---|---|---|
| 야간근무 중 수면시간 | 1 있다 | 2 없다 |
| 휴게실 | 1 있다 | 2 없다 |
| 식사/야식/간식 | 1 있다 | 2 없다 |
| 야간근무 일정 조정 | 1 가능하다 | 2 불가능하다 |

9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?
   1 40시간 미만 2 40시간 3 41-51시간
   4 52-59시간 5 60시간 이상

## ◈ 수면장애 1차(불면증지수)

1-3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주세요.

| | 없음 | 약간 | 중간 | 심함 | 매우 심함 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. 잠들기 어렵다 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 잠을 유지하기 어렵다 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 너무 일찍 깬다 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?
   1 매우 만족 2 약간 만족 3 그저 그렇다 4 약간 불만족
   5 매우 불만족

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각합니까?
   (활동중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)
   1 전혀 방해되지 않는다 2 약간 3 중간 4 심하게
   5 매우 심하게

6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?
   1 전혀 그렇지 않다 2 약간 3 중간 4 심하게
   5 매우 심하게

7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?
   1 전혀 걱정하지 않는다 2 약간 3 중간 4 심하게
   5 매우 심하게

※뒷면 위장관질환, 유방암(여) 문진표도 작성하여 주십시오.

대한산업보건협회
KOREAN INDUSTRIAL HEALTH ASSOCIATION

DAEMYUNG ITS DH6000008 CT8892J G4③ 200311-014

이 부분은 꼭 작성하여 주십시오.

※ 아래 질문을 읽고 가장 적절한 곳에 V표를 해 주십시오.

## ◈ 위장관질환

1. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?
   1 전혀 없음 2 1개월에 하루 미만 3 1개월에 하루
   4 1개월에 2-3일 5 1주일에 하루 6 1주일에 2일 이상
   7 거의 매일

2. 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?
   1 아니오 2 예

3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?
   1 전혀 없음 2 한 달에 하루 미만 3 한 달에 하루
   4 한 달에 2-3일 5 일주일에 하루 6 일주일에 2일 이상
   7 거의 매일

4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?
   1 아니오 2 예

5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의 (가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?
   1 전혀 없음 2 한 달에 하루 미만 3 한 달에 하루
   4 한 달에 2-3일 5 일주일에 하루 6 일주일에 2일 이상
   7 거의 매일

6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?
   1 아니오 2 예

7. 최근 2년이내에 위내시경 검사를 실시한 적이 있습니까?
   1 아니오 2 예

## ◈ 유방암(여)

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

   1 거의 한 적이 없다.
   2 몇 번은 한 적이 있다.
   3 거의 매번 지켰다.

2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.
   1 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다.
   2 유두에서 분비물이 나온다.
   3 유두가 헐거나 함몰되었다.
   4 증상이 없다.

3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?
   1 한 적이 없다 2 한 적이 있다

## 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

DAEMYUNG ITS DH6000008 CT8892J G4③ 200311-014