



# 건강진단수검표(ID: )

일반  생애  특수  채용  배치 전  배치 후      건강검진일      년      월      일       내원  출장

구분	
----	--

\* 초록칸의 내용만(주민등록증, 이름 등) 기입해 주십시오!

성명	주민등록번호	성별	남 / 여	휴대폰번호
사업자명		입사년월일		
집주소		현직전입일 (현부서 근무시작일)		
현 작업 부서	현 작업 내용	1일 폭로시간	폭로기간 (현부서 근무기간)	
과거 직력	예전에 어떤 계열에서 몇 년간 일하셨는지 적어주세요. (예 : 용접 4년)			참고사항

건강진단 항목						혈액형	A, B, O, AB	색신
항목	신장 <input type="checkbox"/> 본인기재	체중 <input type="checkbox"/> 본인기재	허리 둘레 <input type="checkbox"/> 본인기재	시력(교정)	혈압	소변검사	치과소견	
결과치	cm	kg	cm	좌 우	최고 119이하 최저 79이하	요4종(채용)	치과의사	(서명)
						요10종(특수)	폐활량	1. 생리중 2. 임신중

구분	순음 청력 검사						이경검사	약력검사	손가락 약력	심전도 검사	방사선검사
	일반	특수									
	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz					
좌(db)							(L)	(L)	(L)		직찰 NO.
우(db)							(R)	(R)	(R)		Lat NO.

노인신체 기능검사	하지기능 평형성	(일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 초/보행장애 ( ①유 ②무 )	초	초
		눈감은 상태 (한다리로 서기)	초	초
정신건강검사(우울증) 및 인지기능장애 검사결과	정신건강검사 (우울증)	<input type="checkbox"/> 우울증상 없음 (점수 합산결과 0~4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (점수 합산결과 5~9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도의 우울증상 (점수 합산결과 10~19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증상 (점수 합산결과 20~27점)		
	인지기능장애	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0~5점) <input type="checkbox"/> 인지기능저하 (6~30점, 추가적인 진찰과 상담 필요) ※점수산정기준 - ① 아니다 : 0점, ② 가끔(조금) 그렇다 : 1점, ③ 자주(많이) 그렇다 : 2점		
노인기능평가(문진)	(독감예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (폐렴예방접종) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (낙상위험-낙상경험여부) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (배뇨장애의심) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (일상생활수행능력) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활도움필요			
노인신체기능검사	(기능검사) <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하			
진찰 및 상담	과거병력	(진단) 1.무 2.유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 기타(암포함)] (약물) 1.무 2.유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 이상지질혈증 ⑥ 폐결핵 ⑦ 기타(암포함)]		
	가족력	1.무 2.유 [① 뇌졸중 ② 심장병 ③ 고혈압 ④ 당뇨병 ⑤ 기타(암포함)] <b>B형 간염</b> (바이러스 보유) 1.예 2.아니오 2.모름		
	생활습관	① 금연필요    ② 절주필요    ③ 신체활동필요    ④ 근력운동필요		
의심질환		유질환		
생활습관관리		기타		

특수 문진 및 진찰	과거병력	가족력	업무기인성	안과	이비인후	피부	치아
	현재증상·자타각증상						
	항목	소견	항목	소견	항목	소견	
	<input type="checkbox"/> 비노기계		<input type="checkbox"/> 조혈기계		<input type="checkbox"/> 손톱·발톱, 흉각, 진동각		
	<input type="checkbox"/> 간담도계		<input type="checkbox"/> 생식계		<input type="checkbox"/> 위장관계		
	<input type="checkbox"/> 호흡기계		<input type="checkbox"/> 심혈관계		<input type="checkbox"/> 내분비계		
	<input type="checkbox"/> 이비인후		<input type="checkbox"/> 근골격계		<input type="checkbox"/> 직업력		
<input type="checkbox"/> 신경계		<input type="checkbox"/> 눈, 귀, 비강, 인두		<input type="checkbox"/> 보호구			
<input type="checkbox"/> 약구강계		<input type="checkbox"/> 생물지표		<input type="checkbox"/> 작업환경			

건강진단일자 : 20 . . . , 면허번호 :      건강진단 의사 :      (서명/인)

# 건강검진공통문진표

※ 표기방법 - 아래 문항을 읽고 현재상태에  표시해 주십시오.

**• 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항** ※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 'o' 표시해 주십시오.

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

질병명	뇌졸중(중풍)	심근경색/협심증	고혈압	당뇨병	이상지질혈증	폐결핵	기타(암포함)
진단여부							
약물치료여부							

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

질병명	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 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까??

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배 (가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 피운적 있으십니까?  
 ① 아니오(☞ 6번 문항으로 가세요)    ② 예(☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배 (가열담배) 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은지 _____ 년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있으십니까?    ① 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)    ② 아니오

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있으십니까?  
 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

# 특수건강진단문진표

사업장명	성명	주민번호	공정명
------	----	------	-----

※ 최근 6개월 이내에 있었던 해당 증상을  표기해 주십시오.

신체 부위	증상문항	증상			신체 부위	증상문항	증상		
		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					아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다			
	피부에 반점이 생긴다					쉬고난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다				척추 / 사지	팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			
피부가 거칠어지거나 갈라진다				손, 발이 떨리거나 힘이 없다					
눈	눈이 시거나 눈물이 잘 난다					손이나 발의 감각이 둔해졌다			
	시력이 전보다 나빠졌다					추우면 손가락이 하얗게 된다			
	눈이 충혈되거나 아프다				허리가 아프다				
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다				점신 / 신경	머리가 아프다			
	귀에서 소리가 난다					어지럽다			
코	코피가 자주 난다					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				정신을 집중하기 힘들다				
	맛을 잘 못 느낀다				비뇨 / 생식	소변이 잘 안 나온다			
소화기	배가 찌르듯 아픈 적이 있었다					몸이 붓는다			
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다					생리가 불규칙해졌다 (☞ 여성만 응답하세요)			
	변비가 있다				자연유산한 적이 있다 (☞ 여성만 응답하세요)				

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

본인 서명

(인)

예

아니오

• 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?

• 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?

의사 소견

# 정신건강검사(우울증) 추가문진표 (만 40세, 만 50세, 만 60세, 만 70세)

※ 아래 문항을 읽고 현재상태에 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

※ 본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각이 듦	0	1	2	3
<b>점수</b>	<b>/27</b>			

# 노인신체기능검사 추가문진표 (만 66세, 만 70세, 만 80세)

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 답 또는 'O' 나 'V' 표시를 해 주십시오.

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까? ① 예                      ② 아니오	4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예                      ② 아니오
2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까? ① 예                      ② 아니오	5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예                      ② 아니오
3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오.	6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예                      ② 아니오
1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까? ① 예                      ② 아니오	4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까? ① 예                      ② 아니오
2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예                      ② 아니오	5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까? ① 예                      ② 아니오
3) 대소변을 보기 위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? ① 예                      ② 아니오	