

教育完成证明编号:

■ 특수 □ 일반  
□ 배치전 □ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

										검진일자			
										차트번호			
출장	원내	뇌심	직무	이상지질	B형간염	C형간염	골밀도	생활습관	인지기능	정신건강	노인신체		
※ 请完整填写标示为黄色的部分 (正反两面)								※ 为发送结果短信, 请准确填写。					
姓 名					身份证号				手机号码				
工作单位									每日 工作时间		8 小时		
部门名称					工作内容				入职日期				
过往 工作经历	工作内容		工作年数		时 期		진동	악력	좌	우			
								진동각	□ 이상없음 □ 이상소견:				
								통각	□ 이상없음 □ 이상소견:				
								손톱압박	□ 2초 이내 □ 2초 초과				
유해인자		소음, 광물성분진, 자외선								사전조사			
검사항목		□ 폐활량											
■ 신 장					□ 본인기재		■ 현재증상		□ 무 □ 유:				
■ 체 중					□ 본인기재		■ 과거병력		①무 ①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤이상지질 ⑥폐결핵 ⑦기타:				
허리둘레					□ 본인기재		■ 가 족 력		①무 ①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타:				
시력 (좌/우)		/			□ 교 정		생활습관		①금연필요 ②절주필요 ③신체활동필요 ④근력운동필요				
청력 (좌/우)		/			□ 보 청 기		■ 업무기인성		□ 무 □ 유:				
■ 혈 압		/			/		신 경 계		□ 이상없음 □ 이상소견:				
■ 흉부방사선								심혈관계		□ 이상없음 □ 이상소견:			
요 단 백		생 리 □ 무 □ 유						위장관계		□ 이상없음 □ 이상소견:			
골 밀 도								내분비계		□ 이상없음 □ 이상소견:			
노인신체	하지기능	일어나서3m걸고돌아와앉기			초		근골격계		□ 이상없음 □ 이상소견:				
	보행장애	□ 무 □ 유						금속열증상		□ 이상없음 □ 이상소견:			
	한발로 서기	눈감은상태			초		간담도계		□ 이상없음 □ 이상소견:				
		눈뜬상태			초		■ 눈·피부·비강·인두		□ 이상없음 □ 이상소견:				
■ 기도순음청력검사							비뇨기계		□ 이상없음 □ 이상소견:				
500	1000	2000	3000	4000	6000	생 식 계		□ 이상없음 □ 이상소견:					
좌						악구강계		□ 이상없음 □ 이상소견:					
우						조혈기계		□ 이상없음 □ 이상소견:					
과좌						■ 호흡기계		□ 이상없음 □ 이상소견:					
과우						■ 청 진		□ 이상없음 □ 이상소견:					
검 사 자			(서명)				■ 이비인후계		□ 이상없음 □ 이상소견:				
确认已中断14小时以上噪音暴露			(签名)				■ 이경 (좌/우)		/				
심 전 도			①정상 ②부정맥 ③심혈관 ④심비대 ⑤심장염 ⑥전해질 ⑦기타:				그 외 특이사항						
특수건강진단 문진의사	면허번호				일반건강검진 문진의사		면허번호				특수+일반 문진의사	면허번호	
	성 명		(서명)				성 명		(서명)			성 명 (서명)	







※ 请务必填写标记为黄色的部分

# 폐활량 검사 문진표

※ 폐기능 검사는 각종 분진, 중금속, 유기화합물에 노출되는 근로자의 폐의 기능을 측정하기 위한 노력성 폐활량 검사로 검사결과에 따라 최소 3회 ~ 최대 8회 실시하며 수검자의 협조가 절대적으로 필요합니다.

사업장명					
项 目			出生年月		
是否接受过肺活量检查	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	身 高	( ) cm	体 重	( ) kg
防护装备使用	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 防尘口罩 <input type="checkbox"/> 防毒口罩				
既往或现在患有的疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 严重感冒 <input type="checkbox"/> 尘肺 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 支气管炎 <input type="checkbox"/> 耳疾 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 结核 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 其他 ( )				
手术经历	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 眼睛 <input type="checkbox"/> 颈部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心脏 <input type="checkbox"/> 其他 ( )				
当前服用药物	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 支气管扩张剂 (哮喘、感冒等) <input type="checkbox"/> 降压药 <input type="checkbox"/> 其他 ( )				
吸烟史	<input type="checkbox"/> 从不吸烟 <input type="checkbox"/> 以前吸烟现在戒烟 <input type="checkbox"/> 目前仍在吸烟				
假牙使用情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 固定式 (种植牙) <input type="checkbox"/> 非固定式 (假牙)				
呼吸困难程度	<input type="checkbox"/> 等级 0: 日常活动中无呼吸困难, 仅在运动时感到气喘 与相同性别、身高、年龄的人群处于正常水平 <input type="checkbox"/> 等级 1: 缓慢行走或爬楼梯 1~2 层时, 比同龄人更容易喘气 <input type="checkbox"/> 等级 2: 在平地行走时比同龄人更容易喘, 难以同行 <input type="checkbox"/> 等级 3: 在平地走路或做家务时也感到气喘 <input type="checkbox"/> 等级 4: 换衣服、说话、从一个房间走到另一个房间等简单活动时也感到气喘				

금기사항(최근 3개월 이내)	상대적 금기사항	당일 혈압
심장질환, 뇌졸중 기흉, 대동맥류, 개복술 호흡기 감염질환 (결핵, 객혈 등)	흉부 및 복부통증, 구강 및 안면통증, 복압요실금 치매 및 의식의저하 2주 이내 임플란트시술	<input type="checkbox"/> 검사 가능 <input type="checkbox"/> 검사 불가능 (※기준 180/110 이상)
금기사항에 대한 의사소견		

※ 검사자 의견 (아래의 내용은 폐활량 검사자가 직접 작성해 주십시오)			
취급 유해인자	<input type="checkbox"/> 기타광물성분진 <input type="checkbox"/> 용접흄 <input type="checkbox"/> 목재분진 <input type="checkbox"/> 산화철 <input type="checkbox"/> 기타( )		
금일 흡연여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 1시간경과 <input type="checkbox"/> 1시간내	검사기 종류	Spirometer HI-801 ( )
검 사 자 세	<input type="checkbox"/> 선자세 <input type="checkbox"/> 앉은자세	검사협조	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
기타의견			
검 사 일 시	년 월 일	검사자	(서명)



# 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 정보제공 동의서

『개인정보보호법』 등 관련 법률에 따라 아래와 같이 한강수 병원에서 개인정보 및 민감정보를 수집, 이용 및 제3자 정보제공에 동의를 합니다.

## ■ 개인정보 수집, 이용

수집·이용 항목 (개인정보)	1. 성명, 주민번호, 전화번호, 입사일자, 회사명, 작업공종, 과거경력 ※ 위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
수집·이용 항목 (민감정보)	1. <b>건강진단결과, 항목, 유해인자, 가족력, 과거병력, 진찰결과</b> ※ 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
수집·이용 목적	1. <b>건강진단 결과에 따른 사후관리.</b> 2. <b>한강수 병원 플랫폼 업로드 및 전산등록.</b> ※ 위 수집·이용 목적에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
수집·이용 보유 및 활용기간	1. 한강수병원 - <b>5년(문서보존 기간 준수)</b> 2. 전산 담당자 - 확인즉시 ※ 위 개인정보 보유 및 활용기간에 동의하십니까?	
수집·이용 활용자	1. 한강수병원, 전산관리자 ※ 위 수집·이용 정보를 활용자에게 제공을 동의하십니까?	

## ■ 개인정보 제3자 제공

정보제공 항목 (개인정보)	1. 성명, 생년월일, 나이, 성별, 전화번호, 입사일자, 작업공종 ※ 위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 항목 (민감정보)	1. <b>건강진단결과, 항목, 유해인자, 가족력, 과거병력, 진찰결과</b> ※ 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 목적	1. <b>배치전 검진의 면제</b> 2. <b>건강진단 결과에 따른 사후관리.</b> ※ 위 제공 목적에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 기관	1. 현장보건관리자, 협력업체관리자, 건설사관리자, 전산관리자 (현장보건관리자는 검진을 받은 현장 및 신규로 옮겨가는 현장 모두 포함) ※ 수집된 개인정보를 위 정보제공기관에 정보제공을 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 활용기간	1. <b>5년(준공서류 포함시)</b> ※ 수집된 개인정보를 위 정보제공기관에서 활용하는 기간에 대하여 동의하십니까?	
권익 보호	귀하는 위와 같이 수집된 개인정보의 제3자 정보제공 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 건강진단 서류를 제공해드릴 수 없으므로 배치전검진을 직접 받으러 가셔야 하는 불편함이 있을 수 있습니다. 또한 결과지를 직접 보건 관리자에게 전달하셔야 합니다.	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함

◎ 귀하는 위와 같은 개인정보의 수집·이용 동의를 거부할 수 있습니다.

다만, 동의하지 않을 경우 사후관리 및 한강수병원에서 제공하는 건강관리 서비스를 받을 수 없으며 한강수 병원에서  
운영중이거나 운영예정인 플랫폼 및 서비스를 제공 받을수 없습니다.

◎ 수집된 개인정보는 활용목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않으며 어떠한 경우에도 광고 또는 영업 활동의 목적으로  
이용되지 않습니다.

◎ 수집된 개인정보는 관계법령에 따라 철저히 지켜지도록 노력합니다.

☐ 同意全部内容

20 . .

姓 名: (签名)

身份证号码: