

☒ 특수 ☐ 일반
☐ 배치전 ☐ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

검진일자	
차트번호	

[illegible]

※ မျက်နှာနှင့် နောက်ဖက် အဝါရောင်အမှတ်ထားထားသောနေရာများကို လုံးဝ မလွတ်မရှောင် စစ်ဆေးပါ။

နာမည်		မှတ်ပုံတင်နံပါတ်		မိုဘိုင်းဖုန်း	
အလုပ်နေရာ အမည်					တစ်နေ့ အလုပ်ချိန်
ဌာနအမည်		အလုပ်အကိုင်အရာ		အလုပ်ရက်စတင်သည့်နေ့	8 နာရီ
ပုဂ္ဂလိက ပုဂ္ဂလိက ပုဂ္ဂလိက ပုဂ္ဂလိက	ការពិពណ៌នាការងារ	ပឹងစွမ်းရည်	ပឹងစွမ်းရည်	အား	8

유해인자	소음, 광물성분진, 자외선	사전조사
------	----------------	------

검사항목	□ 폐활량

■ 신 장						□ 본인기재	■ 현재증상		□ 무 □ 유:		
■ 체 중						□ 본인기재	■ 과거증상		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:	
	하지기능	일어나서3m걸고돌아와앉기			초	근골격계		□ 이상없음 □ 이상소견:			
노인신체	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:			
14 နာရီထက်ပို၍ အူညံသံထိခိုက်မှုရပ်တန့်မှု အတည်ပူခြင်း			(လက်မှတ်)			■ 이경 (좌/우)		/			
심 전 도		①정상 ②부정맥 ③심혈관 ④심비대 ⑤심장염 ⑥전해질 ⑦기타:				그 외 특이사항					
특수건강진단 문진 의사	면허번호			일반건강검진 문진 의사	면허번호			특수+일반 문진 의사	면허번호		
	성 명	(서명)			성 명	(서명)			성 명	(서명)	

☑ ရောဂါမှတ်တမ်း

1. သင့်အား အောက်ပါရောဂါများကို ဆရာဝန်မှ သတ်မှတ်ခဲ့ဖူးပါသလား သို့မဟုတ် လက်ရှိကုသမှုခံယူနေပါသလား?

မရှိ	အမျိုးအစား	Stroke	နှလုံးသွေး ကွဲလွဲမှု/ Angina	သွေးတိုး	ဆီးချို	သွေးအ ဆီမမြင့်	အဆုတ်တီဘီ	စိတ်ကျရောဂါ	စိတ်ရောဂါ	COPD	Hepa titis C	အခြား (ကင်ဆာ အပါအဝင်)
	ရောဂါသတ်မှတ်ခြင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့
	ဆေးဝါး ယူကြကုသမှု	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့

2. (မိသားစု ရောဂါမှတ်တမ်း)မိဘ၊ မောင်နှမများတွင် အောက်ပါရောဂါများ ဖြစ်ဖူးပါသလား သို့မဟုတ် ထိုရောဂါများက ငြာင့် သဆုံးခဲ့ဖူးပါသလား?

မရှိ	Stroke (ဦးနှောက်သွေးကွဲလွဲမှု/ Angina)	နှလုံးသွေးကွဲလွဲမှု/ Angina	သွေးတိုး	ဆီးချို	အခြား (ကင်ဆာ အပါအဝင်)
	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့

3. သင်သည် Hepatitis B ဗိုင်းရပ်စ် ကိုယ်တွင်းသယ်ဆောင်သူ ဖြစ်ပါသလား?

(ကိုယ်တွင်းသယ်ဆောင်သူ ဆိုသည်မှာ နာတာရှည် Hepatitis B ကူးစက်ရောဂါ အခြေအနေကို ဆိုလိုပါသည်။)

- ① ဟုတ် ② မဟုတ် ③ မသိ

🔍 ဆေးလိပ်နှင့် အီလက်ထရွန်နစ် ဆေးလိပ်

4. သင့်ဘဝတစ်လျှောက် ဆေးလိပ်စုစုပေါင်း 5 ပက် (100 လိပ်) ထက်ပို၍ သောက်ဖူးပါသလား?

- ① မဟုတ် (☒ မေးခွန်း 5 သို့ သွားပါ) ② ဟုတ် (→ မေးခွန်း 4-1 သို့ သွားပါ)

4-1. လက်ရှိ သင်သည် ပုံမှန် ဆေးလိပ် သောက်နေပါသလား?

① လက်ရှိ သောက်နေသည်	စုစုပေါင်း ___ နှစ်	တစ်နေ့လျှင် ပျမ်းမျှ ___ လိပ်	
② ယခင်က သောက်ခဲ့သော်လည်း လက်ရှိ မသောက်တော့ပါ	စုစုပေါင်း ___ နှစ်	သောက်နေစဉ်တစ်နေ့လျှင် ပျမ်းမျှ ___ လိပ်	ဖတ်ခဲ့သည်မှာ ___ နှစ် ဖြစ်ပါသည်

5. သင့်ဘဝတစ်လျှောက် Heated Tobacco Product (ဥပမာ IQOS, Glo, Lil) ကို အသုံးပြုဖူးပါသလား?

- ① မဟုတ် (☒ မေးခွန်း 6 သို့ သွားပါ) ② ဟုတ် (☒ မေးခွန်း 5-1 သို့ သွားပါ)

5-1. သင် ယခုအခါ Heated Tobacco Product (HTP) ကို အသုံးပြုနေပါသလား?

① လက်ရှိအသုံးပြုနေသည်	စုစုပေါင်း ___ နှစ်	နေ့စဉ်ပျမ်းမျှ ___ စကုကူအုတ်	
② ယခင်က အသုံးပြုခဲ့ပြီး ယခုမသုံးတော့ပါ	စုစုပေါင်း ___ နှစ်	အသုံးပြုစဉ်နေ့စဉ်ပျမ်းမျှ ___ စကုကူအုတ်	လွန်ခဲ့ ___ နှစ် က ပြန်ရပ်ခဲ့သည်

6. သင့်ဘဝတစ်လျှောက် Liquid-type အီလက်ထရွန်နစ်ဆေးလိပ် (vape) ကို အသုံးပြုဖူးပါသလား?

- ① မဟုတ် ② ဟုတ် (☒ မေးခွန်း 6-1 သို့ သွားပါ)

6-1. မကပြသေးမီလအတွင်း Liquid-type အီလက်ထရွန်နစ်ဆေးလိပ် (vape) ကို ဘယ်လောက်အကြိမ် အသုံးပြုခဲ့ပါသလဲ?

- ① မသုံးခဲ့ပဲ ② တစ်လလျှင် 1-2 ရက် ③ တစ်လလျှင် 3-9 ရက် ④ တစ်လလျှင် 10-29 ရက် ⑤ နေ့တိုင်း

🏋️ အရက်သောက်ခြင်း (ပီခွဲသော ၁ နှစ်အတွင်း)

7. သင်အရက်ကို ဘယ်လောက်မကပြသော သောက်ပါသလဲ? (တစ်ခုစီမေးပါ)

- ① တစ်ပတ်လျှင် () ကြိမ် ② တစ်လလျှင် () ကြိမ်
③ တစ်နှစ်လျှင် () ကြိမ် ④ အရက်မသောက်ပါ

7-1. သင်အရက်သောက်သောနေ့တွင် ပုံမှန်အားဖွင့် ဘယ်လောက်သောက်ပါသလဲ?

* ကျေးဇူးပြု၍ glass / bottle / can / ml ထဲမှ တစ်ခုသာ ဖြည့်ပါ။

(အရက်အမျိုးအစားများစွာ ရွေးနိုင်ပြီး တစ်နေ့တာစုစုပေါင်းပမာဏ ကိုရေးပါ)

အရက်အမျိုးအစား	ခွက်	ဘူး	ကန်	စီစီ (cc)
ဆီဂျား				
ဘီယာ				
အရက်ပင်ြး (Liquor)				
မက်ဂိုလီ				
ဝိုင်				

7-2. တစ်နေ့အတွင်း သင်အများဆုံးသောက်ခဲ့ဖူးသော အရက်ပမာဏမှာ ဘယ်လောက်ရှိပါသလဲ?

* ကျေးဇူးပြု၍ glass / bottle / can / ml ထဲမှ တစ်ခုသာ ဖြည့်ပါ။

(အရက်အမျိုးအစားများစွာ ရွေးနိုင်ပြီး တစ်နေ့တာစုစုပေါင်းပမာဏ ကိုရေးပါ)

အရက်အမျိုးအစား	ခွက်	ဘူး	ကန်	စီစီ (cc)
ဆီဂျား				
ဘီယာ				
အရက်ပင်ြး (Liquor)				
မက်ဂိုလီ				
ဝိုင်				

📏 ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု (လနေ့ကျင့်ခန်း)

8-1. ပုံမှန်အားဖွင့် တစ်ပတ်အတွင်း အသက်ရှူပင်းလာစသော အပင်းထန် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု ကို ဘယ်နှစ်ရက် ပြုလုပ်ပါသလဲ?

() ရက်

* ဥပမာ - ပြင်းခင်း၊ အရိုဘစ်၊ မန်မန်စက်ဘီးစီးခြင်း၊ ဆောက်လုပ်ရေးအလုပ်၊ လှကားပေါ်သို့ ပစ္စည်းတင်သယ်ခြင်း စသည်

8-2. ပုံမှန်အားဖွင့် တစ်နေ့လျှင် အပင်းထန် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု ကို ဘယ်နှစ်နာရီ ပြုလုပ်ပါသလဲ?

() နာရီ () မိနစ်

9-1. ပုံမှန်အားဖွင့် တစ်ပတ်အတွင်း အသက်ရှူနည်းနည်းပင်းလာစသော အလယ်အလတ် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု ကို ဘယ်နှစ်ရက် ပြုလုပ်ပါသလဲ?

() ရက်

* ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်း 8 တွင် ဖော်ပြထားသော လှုပ်ရှားမှုများကို မထည့်ပါနှင့်

* ဥပမာ - မန်မန်လမ်းလျှောက်ခြင်း၊ တင်းနစ်ကစားခြင်း၊ ပုံမှန်အရိုက်ဖွင့် စက်ဘီးစီးခြင်း၊ ပစ္စည်းပရိယာယ် သယ်ယူခြင်း၊ အိမ်ရှင်းလင်းခြင်း စသည်

9-2. ပုံမှန်အားဖွင့် တစ်နေ့လျှင် အလယ်အလတ် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု ကို ဘယ်နှစ်နာရီ ပြုလုပ်ပါသလဲ?

() နာရီ () မိနစ်

10. ပီခွဲသော ၁ ပတ်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့သားအားဖွင့် လေ့ကျင့်ခန်းများ (push-up, sit-up, dumbbell, barbell, pull-up စသည်) ကို ဘယ်နှစ်ရက် ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလဲ? () ရက်

အထူးကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုခံယူသူများသာ ဖြေဆိုရန် 🏥 ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်းအလိုက် လကုခဏာများ 11. ပီခွဲသော ၆ လအတွင်း သင့်တွင် ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သော လကုခဏာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပါ။

ကိုယ်အပိုင်း	ရောဂါလကုခဏာများ	ရောဂါလကုခဏာ			ကိုယ်အပိုင်း	ရောဂါလကုခဏာများ	ရောဂါလကုခဏာ		
		ကျန်းမာသည့်	နည်းနည်း	မရှိ			ကျန်းမာသည့်	နည်းနည်း	မရှိ
စုပေါင်း	အစာစားစိတ်လျော့ခြင်းနှင့် အလေးချိန်ကျခြင်း				ဥယျာဉ်	အလုပ်လုပ်စဉ် နှလုံးခုန်မြန်ခြင်း			
	သွေးတိုးအနည်းငယ်ခံစားရခြင်း					အလုပ်လုပ်စဉ် ချောင်းဆိုးခြင်းနှင့် အသက်ရှူပြတ်ခြင်း			
	ကိုယ်တွင်းအချိန်ရောတွင် ဒဏ်ရာသတိထားရသောအရာရှိခြင်း					ရင်ဘတ်ထဲ တင်းနာခြင်း			
အသားရေ	အသားရေချွေးပွခြင်း သို့မဟုတ် အနာရှိခြင်း				ယဿာ	မနက်ခင်း လက်တံနှင့် ချောင်းဆိုးခြင်း			
	အသားရေပေါ်တွင် အမှတ်ပေါ်ခြင်း					အနားယူပြီးနောက် အလုပ်သို့ ပြန်သွားစဉ် ချောင်းဆိုးခြင်း			
	ဆံပင်၊ ခြေထောက်လက်တံ သို့မဟုတ် မျက်နှာများတွင် ပြောင်းလဲမှု					လက်၊ ခြေထောက်၊ ပခုံး နာကျင်ခြင်း သို့မဟုတ် စိတ်ညစ်ခြင်း			
မျက်စိ	အသားရေကျစ်လစ်ခြင်း သို့မဟုတ် ကျခင်း				နားထိုင်	လက်နှင့် ခြေထောက် အာရုံမရှိခြင်း			
	မျက်စိနာခြင်း သို့မဟုတ် မျက်ရည်များခြင်း					အအေးခံသည်နှင့်အမျှ လက်နှင့် ခြေသည် ဖျခြင်း			
	မျက်မငြိရသော အရည်အသွေးကျဆင်းခြင်း					ခါးနာခြင်း			
နား	မျက်စိနီခြင်း သို့မဟုတ် နာကျင်ခြင်း				နားထိုင်	ခေါင်းကိုက်ခြင်း			
	စကားအသံကို ဖတ်မသိခြင်း					ဦးခေါင်းလွှတ်ခြင်း			
	နားကပြား အသံသံရပ်ချပ်ခြင်း					မှတ်ဉာဏ်ကျဆင်းခြင်း သို့မဟုတ် မနေလျော့ခြင်း ပင်းထန်ခြင်း			
နှုတ်	နှာပေါက် သွေးပေါက်ခြင်းများ မကပြသော ဖြစ်ခြင်း				နားထိုင်	စိတ်မိစီးမှုနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်ခြင်း			
	နှာချိုထွက်ခြင်း သို့မဟုတ် နှာခေါင်းပိတ်ခြင်း					မသိမသာဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် မူးယစ်ခံစားရခြင်း			
	အနံ့ခံနိုင်စွမ်း လျော့နည်းခြင်း					အာရုံစူးစိုက်ရန် အခက်အခဲရှိခြင်း			
ပါးစပ်	သွားခွဲသွေးထွက်ခြင်း သို့မဟုတ် အိုးအိမ်နာကျင်ခြင်း				အသားထူ	ဆီးလမ်းခက်ခဲခြင်း			
	အရသာခံနိုင်စွမ်း လျော့နည်းခြင်း					ကိုယ်ခန္ဓာ ပိုပိုပြောပြခြင်းခြင်း			
	အစာအိမ်နာကျင်မှု ဖြစ်မှုခြင်း					မကပြသော မသန်ရှင်းသော စက်ဝိုင်းများ ဖြစ်ပေါ်ခြင်း မိန်းကလေးများအတွက်			
အစာအိမ်	ပါးစပ်ထဲတွင် အံ့ဩစရာ အရသာရှိခြင်း					ကိုယ်ဝန်ကျသော အတွင်းအကျိုးခြင်း မိန်းကလေးများအတွက်			
	ဝမ်းတက်ခြင်း								

အခြားရောဂါလကုခဏာများရှိပါက အောက်တွင် ဖော်ပြပါ။

* အလုပ်လုပ်စဉ်ကာလတွင် ကျန်းမာရေးပညာနာများ (ခန့်စာကိုယ်အထူးပြောင်းလဲမှု) ကို ခံစားဖူးပါသလား?

☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

* အလုပ်လုပ်စဉ်တွင် ကိုင်တွယ်သည့် စာတုအရာများက ငြာင့် ကျန်းမာရေးပညာနာဖြစ်တယ်လို သင်ထင်ပါသလား?

☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

3. အခြား

* အဝါရောင်အထူးမှတ်သားထားသောနေရာများကို မလွတ်မရှောင်စစ်ဆေးပေးပါ။

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					
နာမည်				မွေးနေ့	

အသက်ရှူရည်စစ်ဆေးမှု အတွင်းအကျိုး	<input type="checkbox"/> ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ	ခန့်စားကိုယ်အမဋ္ဌာ	စင်တီမီတာ	ကိုယ်အလေးချိန်	ကီလိုဂရမ်
ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ရေး ပစ္စည်း အသုံးပြုမှု	<input type="checkbox"/> မသုံး <input type="checkbox"/> မိုးမှိုက်တံဆိပ် <input type="checkbox"/> ဓါတ်ငွေ့ကာကွယ်ရေးမတ်စ်				
ယခင်က သို့မဟုတ် လက်ရှိ ရောဂါများ	<input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> အတတ်လေး သနားစရာကိုယ်အေးချမ်းမှု <input type="checkbox"/> အသက်ရှူလမ်းကန့်ရှားရောဂါ <input type="checkbox"/> အဆုတ်ရောင်ခင်း <input type="checkbox"/> သက်ရှူလမ်းကန့်ရှားအင်ဖလူးအင်ဇာ <input type="checkbox"/> နားဆိုးမှု <input type="checkbox"/> နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> ကူးစက်ရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးတိုးရောဂါ <input type="checkbox"/> အခြား ()				
ခွဲစိတ် ခံထားမှု	<input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> ရင်ဘတ် <input type="checkbox"/> မျက်စိ <input type="checkbox"/> လည်ချောင်း <input type="checkbox"/> ဝမ်းခွံ <input type="checkbox"/> နှလုံး <input type="checkbox"/> အခြား ()				
လက်ရှိ သောက်ဆေးများ	<input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> အသက်ရှူလမ်းကန့်ရှားချွေထွင်ဆေး (အဆုတ်ရောင်ခင်း၊ ကိုယ်အေးချမ်းမှု စသည်) <input type="checkbox"/> သွေးတိုးဆေး <input type="checkbox"/> အခြား ()				
ဆေးလိပ်သောက်သုံးမှု	<input type="checkbox"/> မစတင်ဘူး <input type="checkbox"/> ယခင်ကသောက်ခဲ့ပြီးအခုတော့ရပ်တန့်ထားသည် <input type="checkbox"/> လက်ရှိသောက်ဆဲ				
သွားဆံပင် ဖုံးပွတ်မှု	<input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> သချောထားသော (အင်ပလန်း) <input type="checkbox"/> မသချောသော (အတုသွား)				
အသက်ရှူရန်ခက်ခဲမှု အဆင့်	<input type="checkbox"/> အဆင့် 0 : နေ့စဉ်ဘဝလုပ်ဆောင်ရာတွင် အသက်ရှူခက်ခဲမှု မရှိပေ၊ လေကျင့်ခန်းအချိန်မှာ အသက်ရှူခက်ခဲမှု ဖြစ်တတ်သည်။ အသက်၊ အရပ်နှင့် လိင်အရအတွက်အရ သာမန်အတိုင်းဖြစ်သည်။ <input type="checkbox"/> အဆင့် 1 : တောင်ပိုင်းလမ်း၌ ဖြည်းဖြည်းချင်း လမ်းလျှောက်သောအခါ သို့မဟုတ် မျက်နှာပြင်တွင်ခွေလှမ်း ၁-၂ခု မမြင့်သောအခါ အသက်ရှူခက်ခဲမှု ပိုများသည်။ <input type="checkbox"/> အဆင့် 2 : မျက်နှာပြင်တွင် လမ်းလျှောက်သောအခါ အသက်ရှူခက်ခဲမှု ပိုများပြီးတိုအတူလမ်းလျှောက်ရန် ခက်ခဲသည်။ <input type="checkbox"/> အဆင့် 3 : မျက်နှာပြင်တွင်လမ်းလျှောက်ရာ သို့မဟုတ် အိမ်တွင်းအလုပ်လုပ်ရာ အသက်ရှူခက်ခဲသည်။ <input type="checkbox"/> အဆင့် 4 : အဝတ်လျှင်ခင်း၊ စကားပြောခင်း၊ အခန်းတစ်ခန်းမှ အခြားအခန်းသို့ ရွှေ့လျားခင်း စသည့် လွယ်ကူသောလုပ်ရားများအတွက် အသက်ရှူခက်ခဲသည်။				

금기사항(최근3개월 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 2주이내 임플란트시술	<input type="checkbox"/> 검사 기능 <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"/> 용접흠 <input type="checkbox"/> 목재분진 <input type="checkbox"/> 산화철 <input type="checkbox"/> 기타()		
금일 흡연여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 1시간 경과 <input type="checkbox"/> 1시간내	검시기 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)

개인 정보 수집 · 이용 및 제 3자 정보제공 동의서

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

회 개인정보 수집, 이용

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

회 개인정보 제3자 제공

정보제공 항목 (개인정보)	1. 성명, 생년월일, 나이, 성별, 전화번호, 입사일자, 작업공종 * 위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 항목 (민감정보)	1. 건강진단결과, 항목, 유해인자, 가족력, 과거병력, 진찰결과 * 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 목적	1. 배치전 검진의 면재 2. 건강진단 결과에 따른 사후관리 * 위 제공 목적에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <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"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 활용기간	1. 5년(준공서류 포함시) *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 결과지 를 직접 보건 관리자에게 전달하셔야 합니다.	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <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 운영중이
거나 운영예정인 플랫폼 및 서비스를 제공 받을 수 없습니다.

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

◎수집된 개인정보는 관계법령에 따라 철저히 지켜지도록 노력합니다.

☐ **ကျွန်ုပ် အပ်နှံအပ်နှံ သဘောတူပါသည်**

20 **နှစ်** **လ** **ရက်**

နာမည်

(လက်မှတ်)

မှတ်ပုံတင်နံပါတ်