

기초안전보건교육이수증(4시간)등록번호 :									검진번호			
■ 특 수 □ 일 반 □ 배치전 □ 의료급여생애전환기									건강진단 문진표		검진일자	
											차트번호	
출장	원내	뇌심	직무	이상지질	B형간염	C형간염	골밀도	생활습관	인지기능	정신건강	노인신체	
※ 앞, 뒷면 노란색 표시 부분을 빠짐없이 체크하여 주세요.									※ 결과 카카오톡발송, 정확하게 기재해주세요.			
성 명					주민등록번호				핸드폰			
사업장명									1일근로시간	8 시간		
부 서 명		업무내용					입사일자		현장투입일			
과거직업력	업무내용		근무년수	기간		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 □ 측정불가	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	일어나서3m걸고돌아와았기			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:				
14시간이상소음노출중단확인			(서명)			■ 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)	

☑️ **질환력(과거력)**

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

□ 해당 없음	구분	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	이상지 질혈증	폐결핵	우울증	조기 정신증	만성폐쇄 성폐질환	C형 간염	기타 (암포함)
	진단	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예
□ 해당 없음	약물 치료	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예	□예

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

□ 해당 없음	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암포함)
□예	□예	□예	□예	□예	□예

3. B형간염 바이러스 보유자입니까? (※보유자란 만성B형간염 질병 상태)
① 예 ② 아니요 ③ 모름

☑️ **흡연 및 전자담배**

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

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	흡연했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은 지 _____ 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등]을 사용한 적 있습니까?
① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요) ② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?

① 현재피움	총 _____ 년	하루평균 _____ 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____ 년	담배사용했을 때 하루평균 _____ 개비	끊은 지 _____ 년

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

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

① 아니요 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일

☑️ **표적장기별 증상** 11. 최근 6개월 동안있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

부위	증상 문항	증상			부위	증상 문항	증상		
		심하다	약간	없다			심하다	약간	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				척추 / 사지	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다			
	피부에 반점이 생긴다					쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다					팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다			
눈	피부가 거칠어지거나 갈라진다				정신 / 신경	손, 발이 떨리거나 힘이 없다			
	눈이 시거나 눈물이 잘난다					손이나 발의 감각이 둔해졌다			
	시력이 전보다 나빠졌다					추우면 손가락이 하얗게 된다			
귀	눈이 충혈되거나 아프다				비뇨 / 생식	허리가 아프다			
	말소리가 또렷하게 들리지 않는다					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 어렵다			
	맛을 잘 못 느낀다					소변이 잘 안 나온다			
	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다					몸이 붓는다			
소화기	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다					생리가 불규칙해졌다 (여성만)			
	변비가 있다					자연유산한 적이 있다 (여성만)			

그외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

		의사 소견
* 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까	□예 □아니요	
* 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?	□예 □아니요	

🍷 **음주** ※ 지난 1년간

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 한 곳에만 장성해 주십시오.
(술 종류는 복수 답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

*잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 장성해 주십시오.
(술 종류는 복수 답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

💓 **신체활동(운동)**

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?
주당 ()일

*고강도 신체활동의 예>달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?
하루에 ()시간()분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?
주당 ()일

*8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.
*중강도 신체활동의 예>빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?
하루에 ()시간()분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ()일

※ 노란색 표시 부분을 빠짐없이 체크하여 주세요.

폐활량 검사 문진표

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

사업장명			
성명		생년월일	

폐활량 검사 경험	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다	신장	cm	체중	kg
보호구 착용	<input type="checkbox"/> 사용안함 <input type="checkbox"/> 방진마스크 <input type="checkbox"/> 방독마스크				
과거 또는 현재 앓고 있는 질환	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 심한 감기 <input type="checkbox"/> 진폐 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 기관지염 <input type="checkbox"/> 귀 질환 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
수술경험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 가슴 <input type="checkbox"/> 눈 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 복부 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
현재복용약물	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 기관지 확장제 (천식, 감기 등) <input type="checkbox"/> 혈압 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
흡연력	<input type="checkbox"/> 처음부터 피우지 않았다. <input type="checkbox"/> 과거에 피우다 현재 끊었다. <input type="checkbox"/> 현재도 피운다.				
의치 착용여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고정식(임플란트) <input type="checkbox"/> 비고정식(틀니)				
호흡곤란정도	<input type="checkbox"/> Grade 0 : 정상외 일상생활 활동에 숨찬 증상을 안 느끼고, 운동을 하면 숨이 차게 느끼나 정상범위의 같은 연령, 신장, 성별의 사람과 비슷한 수준이다. <input type="checkbox"/> Grade 1 : 평지를 천천히 걸을때나 계단 1~2층을 오를 때 같은 연배의 사람보다 숨이 차다. <input type="checkbox"/> Grade 2 : 평지를 걸을 때 같은 연배의 사람보다 더 숨이 차게 느끼며, 같이 걷기가 어렵다. <input type="checkbox"/> Grade 3 : 평상시 걸을 때나, 집안일을 할 때 숨이 차다. <input type="checkbox"/> Grade 4 : 옷 입는 것, 말하는 것. 다른 방으로 이동하는 것 등의 간단한 행동을 할때도 숨이 차다.				

금기사항(최근 3개월 이내)	상대적 금기사항	당일 혈압
최근 3달 이내에 안과 수술, 개심술, 개복술, 뇌졸중, 심상마비, 심근경색증, 기흉, 망막박리, 대동맥류가 있었던 경우/ 과호흡 혹은 최대 노력호흡이 문제가 될 수 있는 질환(모야모야병, 반복 자발기흉)/ 현재 결핵 등 호흡기감염을 갖고 있거나 이에 노출된 가족/ 지난 한달 내 대량 객혈이 있었던 경우	흉부 및 복부통증, 구강 및 안면통증, 복압요실금 치매 및 의식의 저하 2주 이내 임플란트시술	<input type="checkbox"/> 검사 가능 <input type="checkbox"/> 검사 불가능 ※ 기준 180 / 110 상대금기 200 / 140 절대금기
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 ()
검사자세	<input type="checkbox"/> 선자세 <input type="checkbox"/> 앉은자세	검사협조	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
기타의견			
검사일시	년 월 일	검사자	(서명)

개인정보 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.

Ⅲ 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 운영중이거나 운영예정인 플랫폼 및 서비스를 제공 받을 수 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.

□ 전체 동의 함

20 년 일 일

성명: (서명)

주민번호 :