

Số chứng nhận hoàn thành đào tạo:

☒ 특수
☐ 일반

☐ 배치전
☐ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

검진일자	
차트번호	

출장	원내	뇌심	직무	이상지질	B형간염	C형간염	골밀도	생활습관	인지기능	정신건강	노인신체

※ Vui lòng điền đầy đủ tất cả phần nền vàng (cả mặt trước và sau) ※ Để gửi kết quả qua tin nhắn, vui lòng điền chính xác

Họ tên				Số CMND /CCCD				số điện thoại			
Tên nơi làm việc								Thời gian làm việc mỗi ngày	8 giờ		
Tên bộ phận				Nội dung công việc				Ngày vào làm	현투입일		
Kinh nghiệm công việc trước đây	Nội dung công việc	Số năm làm việc	Thời gian	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:						
Xác nhận đã ngưng tiếp xúc tiếng ồn trên 14 giờ			(Ký tên)			■ 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)	

※ Vui lòng đánh dấu đầy đủ các phần được đánh dấu màu vàng.

Tiền sử bệnh

1. Ông/Bà đã từng được chẩn đoán hoặc đang điều trị bằng thuốc cho các bệnh sau không?

	Phân loại	Đột quỵ	Nhồi máu cơ tim /Đau thắt ngực	Tăng huyết áp	Đái tháo đường	Rối loạn mỡ máu	Lao phổi	Trầm cảm	Rối loạn tâm thần sớm	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	Viêm gan siêu vi C	Khác (bao gồm ung thư)
<input type="checkbox"/>	Không có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
	Chẩn đoán											
	Đang dùng thuốc											

2. Trong gia đình (cha mẹ, anh chị em) có ai mắc hoặc tử vong vì các bệnh sau không?

	Đột quỵ	Nhồi máu cơ tim /Đau thắt ngực	Tăng huyết áp	Đái tháo đường	Khác (bao gồm ung thư)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có

3. Ông/Bà có phải là người mang vi rút viêm gan B cấp mạn không?

- ① Có
- ② Không
- ③ Không biết

Hút thuốc và thuốc lá điện tử

4. Ông/Bà đã từng hút thuốc lá điều thường tổng cộng ≥ 5 bao (100 điếu) trong đời chưa?

- ① Chưa (👉 sang câu 5)
- ② Có (👉 sang câu 4-1)

4-1. Hiện tại ông/bà có đang hút thuốc lá điều thường không?

① Vẫn hút	Tổng cộng ____ năm	Trung bình mỗi ngày ____ điếu	
② Trước đây có hút nhưng hiện không hút	Tổng cộng ____ năm	Khi hút trung bình ____ điếu	mỗi ngày Đã bỏ được ____ năm

5. Ông/Bà đã từng sử dụng thuốc lá điện tử loại làm nóng (ví dụ: IQOS, Glo, Lil...) chưa?

- ① Chưa (👉 sang câu 6)
- ② Có (👉 sang câu 5-1)

5-1. Hiện tại ông/bà có đang sử dụng thuốc lá điện tử làm nóng không?

① Vẫn hút	Tổng cộng ____ năm	Trung bình mỗi ngày ____ điếu	
② Trước đây có hút nhưng hiện không hút	Tổng cộng ____ năm	Khi hút trung bình ____ điếu	mỗi ngày Đã bỏ được ____ năm

6. Ông/Bà đã từng dùng thuốc lá điện tử dạng lỏng (liquid) chưa?

- ① Chưa
- ② Có (👉 sang câu 6-1)

6-1. Trong vòng một tháng gần đây, ông bà dùng thuốc lá điện tử dạng lỏng bao nhiêu lần?

- ① Không
- ② 1-2 ngày/tháng
- ③ 3-9 ngày/tháng
- ④ 10-29 ngày/tháng
- ⑤ Hàng ngày

Chỉ dành cho đối tượng kiểm tra sức khỏe đặc biệt Triệu chứng theo cơ quan đích 11. Vui lòng trả lời về các triệu chứng xuất hiện trong 6 tháng qua

Bộ phận	Câu hỏi về triệu chứng	Triệu chứng			Bộ phận	Câu hỏi về triệu chứng	Triệu chứng		
		Nghiêm trọng	Một chút	Không có			Nghiêm trọng	Một chút	Không có
Tổng quát	Chán ăn, sút cân				Tim mạch / Hệ hô hấp	Hồi hộp khi làm việc			
	Cảm thấy rất mệt mỏi					Ho và khó thở khi làm việc			
	Sờ thấy khối u ở một bộ phận cơ thể					Tức ngực			
Da	Da bị ngứa hoặc viêm				Cột sống / Tứ chi	Ho hoặc có đờm vào buổi sáng			
	Xuất hiện đốm trên da					Ho vào ngày hôm sau khi quay lại làm việc			
	Lông hoặc móng thay đổi					Tay, chân, vai đau mỏi			
	Da khô ráp hoặc nứt nẻ					Tay chân run hoặc yếu			
Mắt	Mắt rát hoặc chảy nước mắt				Tinh thần / Thần kinh	Tê hoặc giảm cảm giác tay chân			
	Thị lực giảm sút					Ngón tay chuyển trắng khi lạnh			
	Mắt đỏ hoặc đau					Đau lưng			
Tai	Không nghe rõ lời nói					Đau đầu			
	Có tiếng kêu trong tai				Tiết niệu / Sinh sản	Chóng mặt			
Mũi	Thường chảy máu cam					Giảm trí nhớ hoặc hay quên			
	Chảy nước mũi và nghẹt mũi					Lo lắng, bồn chồn			
	Khứu giác kém					Lơ mơ hoặc như say			
Miệng	Chảy máu hoặc viêm nướu					Khó tập trung			
	Vị giác kém					Tiểu khó			
Hệ tiêu hoá	Đã từng đau bụng như dao đâm					Phù nề			
	Cảm thấy vị kỳ lạ trong miệng					Kinh nguyệt không đều (chỉ nữ)			
	Táo bón					Đã từng sảy thai tự nhiên (chỉ nữ)			

Nếu có triệu chứng khác, vui lòng ghi vào ô bên dưới:

※ Trong quá trình làm việc, bạn có từng cảm thấy có vấn đề về sức khỏe (bất thường cơ thể) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	의사 소견	
※ Bạn có nghĩ rằng chất tiếp xúc trong công việc gây ra vấn đề sức khỏe không??	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		

Uống rượu ※Trong 1 năm qua

7. Tần suất uống rượu của bạn là bao nhiêu? (Chọn một)

- ① () lần/tuần
- ② () ần/tháng
- ③ () lần/năm
- ④ Không uống rượu

7-1. Vào ngày uống rượu, bạn thường uống bao nhiêu?

*Chọn một đơn vị duy nhất (ly/chai/lon/cc).
(có thể chọn nhiều loại rượu, tổng lượng trong một ngày)

Các loại rượu	Ly	Chai	Lon	ml
Soju				
Bia				
Rượu ngoại				
Rượu gạo				
Rượu vang				

7-2. Lượng rượu bạn từng uống nhiều nhất trong một ngày là bao nhiêu?

*Chọn một đơn vị duy nhất (ly/chai/lon/cc).
(có thể chọn nhiều loại rượu, tổng lượng trong một ngày)

Các loại rượu	Ly	Chai	Lon	ml
Soju				
Bia				
Rượu ngoại				
Rượu gạo				
Rượu vang				

Hoạt động thể chất(Tập thể dục)

8-1. Trung bình mỗi tuần, bạn thực hiện bao nhiêu ngày hoạt động thể chất cường độ cao?

Mỗi tuần () ngày

* Ví dụ: chạy bộ, aerobic, đạp xe nhanh, lao động xây dựng, khiêng đồ lên cầu thang

8-2. Mỗi ngày bạn thực hiện bao nhiêu giờ hoạt động thể chất cường độ cao?

Mỗi ngày () giờ () phút

9-1. Trung bình mỗi tuần, bạn thực hiện bao nhiêu ngày hoạt động thể chất trung bình?

Mỗi tuần () ngày

*Không tính lặp lại hoạt động ở câu 8.

*Ví dụ hoạt động: đi bộ nhanh, chơi tennis đôi, đạp xe chậm, mang vác nhẹ, dọn dẹp...

9-2. Mỗi ngày bạn thực hiện bao nhiêu giờ hoạt động thể chất trung bình?

Mỗi ngày () giờ () phút

10. Trong tuần qua, bạn tập luyện cơ bắp (hít đất, gập bụng, tạ, xà đơn...) mấy ngày?

Mỗi tuần () ngày

※ Vui lòng đánh dấu đầy đủ các phần được tô vàng.

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					
Họ tên		Ngày tháng năm sinh			
Đã từng kiểm tra phổi chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chiều cao	() cm	Cân nặng	() kg
Dụng cụ bảo hộ	<input type="checkbox"/> Không dùng <input type="checkbox"/> Khẩu trang chống bụi <input type="checkbox"/> Mặt nạ chống độc				
Bệnh lý trong quá khứ hoặc hiện tại	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cảm nặng <input type="checkbox"/> Bệnh bụi phổi <input type="checkbox"/> Hen suyễn <input type="checkbox"/> Viêm phổi <input type="checkbox"/> Viêm phế quản <input type="checkbox"/> Bệnh tai <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Lao <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Khác ()				
Tiền sử phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ngực <input type="checkbox"/> Mắt <input type="checkbox"/> Cổ <input type="checkbox"/> Bụng <input type="checkbox"/> Tim <input type="checkbox"/> Khác ()				
Thuốc đang sử dụng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Thuốc giãn phế quản (hen, cảm...) <input type="checkbox"/> Thuốc huyết áp <input type="checkbox"/> Khác ()				
Tiền sử hút thuốc	<input type="checkbox"/> Chưa từng hút <input type="checkbox"/> Đã từng hút và đã bỏ <input type="checkbox"/> Hiện vẫn đang hút				
Dùng răng giả	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Loại cố định (implant) <input type="checkbox"/> Loại tháo lắp (răng giả)				
Mức độ khó thở	<input type="checkbox"/> Mức 0: Không thấy khó thở khi sinh hoạt hàng ngày, chỉ cảm thấy khó thở khi vận động mạnh Mức độ tương đương với người cùng giới, chiều cao và tuổi <input type="checkbox"/> Mức 1: Cảm thấy khó thở hơn người cùng tuổi khi đi bộ chậm hoặc leo 1-2 tầng lầu <input type="checkbox"/> Mức 2: Cảm thấy khó thở hơn người cùng tuổi khi đi bộ bình thường, khó đi cùng <input type="checkbox"/> Mức 3: Khó thở khi đi bộ hoặc làm việc nhà <input type="checkbox"/> Mức 4: Khó thở ngay cả khi thay đồ, nói chuyện, hoặc di chuyển trong phòng				

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"/> 용접흠 <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. 건강진단결과, 항목, 유해인자, 가족력, 과거병력, 진찰결과 ※ 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
수집·이용 목적	1. 건강진단 결과에 따른 사후관리. 2. 한강수 병원 플랫폼 업로드 및 전산등록. ※ 위 수집·이용 목적에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <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?	

■ 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. 건강진단결과, 항목, 유해인자, 가족력, 과거병력, 진찰결과 ※ 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음 <input type="checkbox"/> 동의함
정보제공 목적	1. 배치전 검진의 면제 2. 건강진단 결과에 따른 사후관리. ※ 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. 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 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.

☐ Đồng ý toàn bộ

20 . .

Họ tên :

(Ký tên)

Số CMND/CCCD :