

Nomor Sertifikat Pelatihan :

- ☒ 특수
- ☐ 일반
- ☐ 배치전
- ☐ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

										검진일자			
										차트번호			
출장	원내	뇌심	직무	이상지질	B형간염	C형간염	골밀도	생활습관	인지기능	정신건강	노인신체		
※ Harap periksa semua bagian yang ditandai dengan warna kuning di bagian depan dan belakang.								※ Hasil akan dikirim melalui pesan teks, harap isi dengan benar.					
Nama			Nomor Registrasi Penduduk			Nomor HP							
Nama Tempat Kerja									Jam Kerja per Hari		8 jam		
Nama Departemen		Jenis Pekerjaan		Tanggal Masuk Kerja		현장투입일							
Riwayat Pekerjaan Sebelumnya	Jenis Pekerjaan	Lama Bekerja	Periode	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:					
Konfirmasi Penghentian Paparan Kebisingan ≥ 14 Jam			(Tanda tangan)			■ 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)			

※ Harap periksa semua bagian yang ditandai dengan warna kuning.

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					
Nama		Tanggal Lahir			
Pengalaman Tes Kapasitas Paru	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tinggi	() cm	Berat	() kg
Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	<input type="checkbox"/> Tidak digunakan <input type="checkbox"/> Masker debu <input type="checkbox"/> Masker gas				
Penyakit yang Pernah atau Sedang Diderita	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Flu berat <input type="checkbox"/> Pneumokoniosis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Bronkitis <input type="checkbox"/> Gangguan telinga <input type="checkbox"/> Penyakit jantung <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Lainnya ()				
Pengalaman Operasi	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Dada <input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Lainnya()				
Obat yang Sedang Dikonsumsi	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Obat bronkodilator(untuk asma, flu, dll.) <input type="checkbox"/> Obat tekanan darah <input type="checkbox"/> Lainnya()				
Riwayat Merokok	<input type="checkbox"/> Tidak pernah merokok <input type="checkbox"/> Dulu merokok tapi sekarang berhenti <input type="checkbox"/> Masih merokok				
Pemakaian Gigi Palsu	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tetap (Implan) <input type="checkbox"/> Tidak tetap (Gigi palsu lepasan)				
Tingkat Kesulitan Bernapas (Dyspnea Grading)	<input type="checkbox"/> Grade 0: Tidak mengalami sesak napas selama aktivitas sehari-hari normal, hanya merasa sesak napas saat berolahraga.→ Setara dengan orang lain dengan usia, tinggi badan, dan jenis kelamin yang sama. <input type="checkbox"/> Grade 1: Merasa lebih sesak napas dibandingkan orang seusia saat berjalan pelan di dataran atau menaiki 1-2 lantai tangga. <input type="checkbox"/> Grade 2: Saat berjalan di dataran datar terasa lebih sesak napas dibandingkan orang seusia, dan sulit berjalan bersama orang lain. <input type="checkbox"/> Grade 3: Mengalami sesak napas saat berjalan di dataran atau saat melakukan pekerjaan rumah. <input type="checkbox"/> Grade 4: Mengalami sesak napas saat melakukan aktivitas ringan seperti berpakaian, berbicara, atau pindah ruangan.				

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"/> 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. 건강진단 결과에 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?	

■ 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 면제 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 결과지를 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 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.

☐ Saya menyetujui seluruh isi dokumen ini

20 . . .

Nama : (Tanda tangan)

Nomor Registrasi Penduduk :