

หมายเลขใบรับรองการอบรม :

☒ 특수
☐ 일반

☐ 배치전
☐ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

										<div> <div>검진일자</div> <div>차트번호</div> </div>			
출장	원내	뇌심	직무	이상지질	B형간염	C형간염	골밀도	생활습관	인지기능	정신건강	노인신체		
※ กรุณากรอกข้อมูลในช่องที่มีพื้นหลังสีเหลืองให้ครบถ้วน (ทั้งหน้าและหลัง)								※ สำหรับส่งข้อความผล กรุณากรอกอย่างถูกต้อง					
ชื่อ				หมายเลขประจำตัวประชาชน				เบอร์มือถือ					
ชื่อสถานประกอบการ									ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	8 ชั่วโมง			
แผนก			ลักษณะงาน			วันเริ่มงาน			เหตุ입일				
ประวัติการทำงานที่ผ่านมา	ลักษณะงาน	จำนวนปีที่ทำ	ระยะเวลา	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:					
ยืนยันหยุดสัมผัสเสียงดังเกิน 14 ชั่วโมง			(ลายเซ็น)			■ 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)	

※ กรณีกโรคทุกขของที่มีพื้นหลังสีเหลือง

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					
ชื่อ		วันเดือนปีเกิด			
เคยตรวจสอบสภาพปอด	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ส่วนสูง	() cm	น้ำหนัก	() kg
การใช้เครื่องป้องกัน	<input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากกันสารพิษ				
โรคในอดีตหรือปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> หวัดรุนแรง <input type="checkbox"/> โรคปอดฝุ่น <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> ความดันสูง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ()				
ประสบการณ์การผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ดวงตา <input type="checkbox"/> คอ <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ()				
ยาที่กำลังใช้	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ยาขยายหลอดลม (หอบหืด, หวัด ฯลฯ) <input type="checkbox"/> ยาลดความดัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ()				
ประวัติการสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบ <input type="checkbox"/> เคยสูบแต่เลิกแล้ว <input type="checkbox"/> ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่				
การใช้ฟันทบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แบบยัดติดถาวร (รากฟันเทียม) <input type="checkbox"/> แบบไม่ถาวร (ฟันปลอม)				
ระดับความลำบากในการหายใจ	<input type="checkbox"/> ระดับ 0 : ไม่รู้สึกหายใจเหนื่อยขณะทำกิจกรรมประจำวัน แต่รู้สึกเหนื่อยตอนออกกำลังกาย → ระดับปกติเมื่อเทียบกับคนในเพศ ส่วนสูง และอายุเดียวกัน <input type="checkbox"/> ระดับ 1 : เดินช้า ๆ หรือขึ้นบันได 1 - 2 ชั้นจะหายใจเหนื่อยกว่าคนวัยเดียวกัน <input type="checkbox"/> ระดับ 2 : หายใจเหนื่อยมากกว่าคนวัยเดียวกันแม้เดินบนพื้นเรียบ <input type="checkbox"/> ระดับ 3 : เหนื่อยหายใจขณะเดินหรือทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> ระดับ 4 : เหนื่อยแม้เพียงใส่เสื้อผ้า พุด หรือย้ายจากห้องหนึ่งไปอีกห้อง				

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

☐ ยินยอมทั้งหมด

20 . . .

ชื่อ :

(ลายเซ็น)

หมายเลขบัตรประชาชน :