

☒ 특수 ☐ 일반
☐ 배치전 ☐ 의료급여생애전환기

검진일자	
차트번호	

[illegible]

✳ Пожалуйста, указывайте данные точно для отправки результатов по SMS.

Имя	Номер регистрации	Мобильный телефон
-----	-------------------	-------------------

Название предприятия		Рабочие часы в день	8 часов
----------------------	--	---------------------	---------

Отдел		Описание работы		Дата приема на работу		현업 수업 장의 일일 일지	
-------	--	--------------------	--	--------------------------	--	----------------------------	--

<div style="background-color: yellow; padding: 5px;"> Предыдущий опыт работы </div>	Описание работы	Стаж работы	Период	진동	악력	좌		우		
					진동각	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:				
					통각	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:				
					손톱압박	<input type="checkbox"/> 2초 이내 <input type="checkbox"/> 2초 초과				

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

검사항목	□ 폐활량
------	-------

■ 신 장 □ 본인기재 ■ 현재증상 □ 무 □ 유:

<div> <div>■ 체 중</div> <div>□ 본인기재</div> <div>■ 과거증상</div> </div>	<div> <div>①무 ①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병</div> <div>⑤이상지질 ⑥폐결핵 ⑦기타:</div> </div>
---	---

허리둘레	<input type="checkbox"/> 본인기재	<input checked="" type="checkbox"/> 가족력	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:
----------	---	---------	---------	----------

☒ **원** **압**
☐ /
 ☐ /
 신 경 계
☐ **이상없음**
☐ **이상소견:**

■ 흉부방사선 심혈관계 □ 이상없음 □ 이상소견:

요 단 백	생 리 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	위장관계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
-------	---	------	--

골 밀 도		내분비계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
-------	--	------	--

하지기능	일어나서3m걸고돌아와앉기	초	근골격계	□ 이상없음 □ 이상소견:
------	---------------	---	------	----------------

노인시체	보행장애	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	금속열증상	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
------	------	---	-------	--

조판전제	한발로	눈감은상태	초	간담도계	□ 이상없음 □ 이상소견:

서기	눈뜬상태	초	<input checked="" type="checkbox"/> 눈·피부·비강·인두 <input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:

■ 기도순음청력검사	비뇨기계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
------------	------	--

500	1000	2000	3000	4000	6000	생 식 계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소건:
-----	------	------	------	------	------	-------	--

좌						악구강계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
---	--	--	--	--	--	------	--

우						조혈기계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
---	--	--	--	--	--	------	--

과좌						<input checked="" type="checkbox"/> 호흡기계 <input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
----	--	--	--	--	--	---

과우						■ 청진	□ 이상없음 □ 이상소견:
----	--	--	--	--	--	------	----------------

검 사 자	(서명) ■ 이비인후계 □ 이상없음 □ 이상소견:
-------	-----------------------------

Подтверждение прекращения воздействия шума более 14 часов	(Подпись)	■ 이경 (좌/우)	/
--	-----------	------------	---

심 전 도	①정상 ②부정맥 ③심혈관 ④심비대 ⑤심장염 ⑥전해질 ⑦기타:	그 외 특이사항	
-------	--------------------------------------	----------	--

특수건강진단	면허번호	일반건강검진	면허번호	특수+일반	면허번호
--------	------	--------	------	-------	------

문진의사	성 명	(서명)	문진의사	성 명	(서명)	문진의사	성 명	(서명)
------	-----	------	------	-----	------	------	-----	------

История заболеваний

1. Были ли у вас диагностированы следующие заболевания или проходите ли вы сейчас лечение?

Нет	Категория	Инсульт	Инфаркт миокарда / стенокардия	Гипертония	Диабет	Дислипидемия	Туберкулез легких	Депрессия	Ранний психоз	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	Гепатит С	Другое (включая рак)
	Диагноз	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да
	Лечение	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да

2. (Семейный анамнез) Были ли у ваших родителей, братьев или сестёр следующие заболевания или смерть из-за них?

Нет	Инсульт	Инфаркт миокарда / стенокардия	Гипертония	Диабет	Другое (включая рак)
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да

3. Являетесь ли вы носителем вируса гепатита В? (※ Носитель означает хроническую инфекцию гепатита В.)

- ① Да ② Нет ③ Не знаю

Курение и электронные сигареты

4. Вы когда-нибудь выкуривали более 5 пачек (100 сигарет) за свою жизнь?

- ① Нет (➡ Перейти к вопросу 5) ② Да (➡ Перейти к вопросу 4-1)

4-1. Курите ли вы сейчас обычные сигареты?

① Курю сейчас	Всего__лет	_____сигарет в день	
② Курил раньше, но сейчас не курю	Всего__лет	_____сигарет в день	Бросил _____лет назад

5. Использовали ли вы когда-нибудь нагреваемые табачные изделия (например, IQOS, Glo, Lil)?

- ① Нет (➡ Перейти к вопросу 6) ② Да (➡ Перейти к вопросу 5-1)

5-1. Используйте ли вы в настоящее время нагреваемые табачные изделия (НТР)?

① В настоящее время использую	Всего__лет	В среднем _____сигарет в день	
② Использовал ранее, но больше не использую	Всего__лет	В среднем _____сигарет в день при использовании	Бросил _____лет назад

6. Использовали ли вы жидкостные электронные сигареты?

- ① Нет ② Да (➡ Перейти к вопросу 6-1)

6-1. В течение последнего месяца, как часто вы использовали жидкостные электронные сигареты (вейпы)?

- ① Не использовал ② 1-2 дня в месяц ③ 3-9 дней в месяц ④ 10-29 дней в месяц ⑤ Каждый день

Только для лиц, проходящих специальный медицинский осмотр:

Симптомы по целевым органам.

Алкоголь (за последний 1 год)

7. Как часто вы употребляете алкоголь? (Выберите один вариант)

- ① () раз в неделю ② () раз в месяц
③ () раз в год ④ Я не употребляю алкоголь

7-1. Сколько алкоголя вы обычно выпиваете в день, когда пьёте?

*Пожалуйста, заполните только одну единицу: стакан, бутылка, банка или мл. (Можно выбрать несколько видов алкоголя. Укажите общий объём за один ден)

Вид алкоголя	Стакан	Бутылка	Банка	мл
Соджу				
Пиво				
Крепкий алкоголь				
Макколи				
Вино				

7-2. Какое наибольшее количество алкоголя вы выпивали в течение одного дня?

*Пожалуйста, заполните только одну единицу: стакан, бутылка, банка или мл. (Можно выбрать несколько видов алкоголя. Укажите общий объём за один ден)

Вид алкоголя	Стакан	Бутылка	Банка	мл
Соджу				
Пиво				
Крепкий алкоголь				
Макколи				
Вино				

Физическая активность (упражнения)

8-1. В течение обычной недели сколько дней вы выполняете интенсивную физическую активность, при которой дыхание значительно учащается? () дней

*Примеры: бег, аэробика, быстрая езда на велосипеде, строительные работы, переноска предметов по лестнице и т.д.

8-2. Сколько часов в день вы обычно выполняете интенсивную физическую активность? () часов () минут

9-1. В течение обычной недели сколько дней вы выполняете физическую активность средней интенсивности, при которой дыхание немного учащается? () дней

*Пожалуйста, не включайте активности, указанные в вопросе 8.

*Примеры: быстрая ходьба, парный теннис, езда на велосипеде со средней скоростью, переноска лёгких предметов, уборка и т.д.

9-2. Сколько часов в день вы обычно выполняете физическую активность средней интенсивности? () часов

10. За последнюю неделю сколько дней вы выполняли силовые упражнения (отжимания, упражнения на пресс, гантели, штанга, подтягивания и т.д.)? () дней

11. Пожалуйста, укажите симптомы, которые у вас были в течение последних 6 месяцев.

Часть тела	Симптом	Симптомы			Часть тела	Симптом	Симптомы		
		Сильные	Слабые	Отсутствуют			Сильные	Слабые	Отсутствуют
Общее	Потеря аппетита и веса				Дыхание	Сердцебиение при работе			
	Частая усталость					Кашель и одышка при работе			
	Ощущается опухоль в какой-либо части тела					Ощущение сдавленности в груди			
Кожа	Кожный зуд или воспаление				Нос	Кашель или мокрота утром после пробуждения			
	Появляются пятна на коже					Кашель при возвращении к работе после отдыха			
	Изменения в волосах, ногтях или на пальцах ног				Снижение зрения	Боль или ломота в руках, ногах или плечах			
Глаза	Кожа становится грубой или трескается					Дрожь или слабость в руках или ногах			
	Жжение или слезотечение					Онемение рук или ног			
	Зрение ухудшилось				Снижение слуха	Белеют пальцы при холоде			
Уши	Глаза красные или болят					Боль в пояснице			
	Плохо слышу речь				Снижение вкуса	Головная боль			
	Звон в ушах					Головокружение			
Нос	Частые носовые кровотечения				Снижение памяти	Память ухудшилась или сильная забывчивость			
	Насморк или заложенность носа					Тревожность и беспокойство			
Рот	Снижение обоняния					Ощущение затуманенности или опьянения			
	Кровоточивость или опухание десен				Снижение аппетита	Трудности с концентрацией			
	Снижение вкуса					Затрудненное мочеиспускание			
Пищеварение	Был сильный боль в животе				Снижение энергии	Отёки тела			
	Странный горький привкус во рту					Нерегулярные менструации (только женщины)			
	Запор					История выкидыша (только женщины)			

Если у вас есть другие симптомы, пожалуйста, опишите их в поле ниже.

* Возникали ли у вас проблемы со здоровьем (аномалии организма) во время работы? ☐ Да ☐ Нет

* Считаете ли вы, что ваши проблемы со здоровьем возникли из-за веществ, с которыми вы работаете? ☐ Да ☐ Нет

Меня не беспокоит

* Пожалуйста, обязательно отметьте все желтые выделенные поля.

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					
Имя		Дата рождения			
Опыт проведения теста функции легких	<input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/> Нет	Рост	cm	Вес	kg
Использование защитных средств	<input type="checkbox"/> Не использовал <input type="checkbox"/> Пылезащитная маска <input type="checkbox"/> Противогаз				
Перенесённые или текущие заболевания	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Тяжёлая простуда <input type="checkbox"/> Пневмокониоз <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Пневмония <input type="checkbox"/> Бронхит <input type="checkbox"/> Заболевания ушей <input type="checkbox"/> Сердечные заболевания <input type="checkbox"/> Туберкулёз <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Прочее ()				
Операции	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/> Глаза <input type="checkbox"/> Шея <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/> Сердце <input type="checkbox"/> Прочее ()				
Принимаемые лекарства	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Бронходилататоры (астма, простуда и др.) <input type="checkbox"/> Лекарства от давления <input type="checkbox"/> Прочее ()				
Курение	<input type="checkbox"/> Никогда не курил <input type="checkbox"/> Бросил <input type="checkbox"/> Курю сейчас				
Ношение зубных протезов	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Фиксированные (имплантаты) <input type="checkbox"/> Съёмные (зубные протезы)				
Степень одышки	<input type="checkbox"/> Степень 0 :Одышка отсутствует при обычной деятельности, появляется только при физической нагрузке Уровень соответствует норме для людей того же возраста, роста и пола. <input type="checkbox"/> Степень 1 :Одышка появляется при медленной ходьбе по ровной поверхности или подъёме на 1–2 лестничных пролёта, по сравнению с людьми того <input type="checkbox"/> Степень 2 :Более выраженная одышка при ходьбе по ровной поверхности, затруднено совместное передвижение. <input type="checkbox"/> Степень 3 :Одышка при ходьбе по ровной поверхности или выполнении домашних дел. <input type="checkbox"/> Степень 4 :Одышка при простых действиях, таких как одевание, разговор, перемещение из одной комнаты в другую.				
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"/> 용접흄 <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		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 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.

☐ Полностью согласен(на)

20 Год Месяц День

Имя: _____ (Подпись)

Номер регистрационного удостоверения: