

☒ 특수 ☐ 일반
☐ 배치전 ☐ 의료급여생애전환기

건강진단 문진표

검진일자	
차트번호	

[illegible][illegible]

※ សូមបំពេញព័ត៌មានឈ្មោះកូនរឹមកូនរួសមុនរាប់ការដុំកញ្ចប់សារ SMS លទ្ធផល។

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ		ចូរស្នើសុំប័ណ្ណ	
--------	--	--------------------	--	-----------------	--

ឈ្មោះក្រុមប្រឹក្សាភិបាល		ម៉ោងប្រជុំ 1 ម៉ោង	8 ម៉ោង
-------------------------	--	----------------------	--------

ជូនកែ		ការពិពណ៌នា ការងារ		ចុងចូលជូនការ		현특장 투입일	

បុគ្គលិក និមន្ត	ការពិពណ៌នាការងារ	ចំនួនបុគ្គលិក	ចំនួនបុគ្គលិកនិមន្ត	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	<div> <div>□ 폐활량</div> </div>
------	-------------------------------

■ 신 장	□ 본인기재	■ 현재증상	□ 무 □ 유:
-------	--------	--------	----------

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

허리둘레	□ 본인기재	■ 가족력	①무 ①뇌졸중 ②심장병 ③고혈압 ④당뇨병 ⑤기타:
------	--------	-------	--------------------------------

시력 (좌/우)	/	교 정	생활습관	①금연필요 ②절주필요 ③신체활동필요 ④근력운동필요
----------	---	-----	------	--------------------------------

청력 (좌/우)	/	<input type="checkbox"/> 보 청 기	<input checked="" type="checkbox"/> 업무기인성	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유:

■	밀	압	/	/	신 경 계	□ 이상없음 □ 이상소견:

■ 흉부방사선		심혈관계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:

요 단 백	생 리 □ 무 □ 유	위장관계	□ 이상없음 □ 이상소견:
요 단 백			

발 밀 도				내분비계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
	갑상선	악성/양성 갑종돌이인양	비	갑상선	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:

하지기등	일어나서3m걸고돌아와앉기	초	근골격계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
보행장애	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		근신경장애	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:

노인신체	보행장애	<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 유		금속열증상	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:
	간발진	노각음사태	충	간단드게	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소견:

한말도 서기	눈감은상태	소	간염도제	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상조건:
	눈뜨사태	초	■ 눈, 피부, 비강, 외드	<input type="checkbox"/> 이사언음 <input type="checkbox"/> 이사스겨:

	■ 기드스으 쳐려거사	비느기계	<input type="checkbox"/> 이사언으 <input type="checkbox"/> 이사스겨:
--	---------------------------	------	--

기초연금금액검시						비표기계	<input type="checkbox"/> 이응없음 <input type="checkbox"/> 이응조곤:
500	1000	2000	3000	4000	6000	새 시 계	<input type="checkbox"/> 이상없음 <input type="checkbox"/> 이상소경:

500	1000	2000	3000	4000	5000	응답개	□ 이상없음 □ 이상소견:
좌						악구강계	□ 이상없음 □ 이상소견:

가						조혈기계	□ 이상없음 □ 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:
-------	------	---------	----------------

ការបញ្ជាក់ការត្រួតពិនិត្យ ពេលវេលា: 14 ម៉ោង	(ហត្ថលេខា)	■ 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)
------	-----	------	------	-----	------	------	-----	------

[illegible]

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.

[illegible]

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.

회 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 운영중이
거나 운영예정인 플랫폼 및 서비스를 제공 받을 수 없습니다.

◎수집된 개인정보는 활용목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않으며 어떠한 경우에도 광고 또는 영업 활동의 목적으로 이용
되지 않습니다.

◎수집된 개인정보는 관계법령에 따라 철저히 지켜지도록 노력합니다.

☐ ខ្ញុំយល់ព្រមទាំងមូល

20

ឆ្នាំ

ខែ

ថ្ងៃ

ឈ្មោះ

(ហត្ថលេខា)

លិខិតណែនាំឈ្មោះជនបទ