

★ 붉은선 안에만 작성하시고, 계속해서 뒷면을 작성하여 주십시오.

등록번호	
검진유형	

유해인자 :

성명			주민번호			[바코드]	
전화번호			사번				
사업장명			근로자서명				
부서명			현작업내용				
입사년월일			1일근무시간				
과거 직 력	작업공정명	근무년수	문 진	과거병력	시 진	안과	<input type="checkbox"/> 정상 ()
				가족력		이빈인후	<input type="checkbox"/> 정상 ()
				업무기인성		피부	<input type="checkbox"/> 정상 ()
			신경계	<input type="checkbox"/> 정상 ()			
<input type="checkbox"/> 흡연 <input type="checkbox"/> 음주 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 운동 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 고지혈증 <input type="checkbox"/> 결핵					이 경 검 사	좌	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상
현재증상, 자타각 증상						우	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상

키(cm)		몸무게(kg)		허리둘레(cm)		시력		<input type="checkbox"/> 교정
[][] . []		[][] . []		[][] . []		좌 [][] 우 [][]		
수축기(mmHg)		이완기(mmHg)		약력		진동검사		손톱압박검사
1차	1차	좌 [][] . []		통각 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 제한성
2차	2차	우 [][] . []		진동각 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상		<input type="checkbox"/> 폐쇄성 <input type="checkbox"/> 혼합성		<input type="checkbox"/> 심전도검사 <input type="checkbox"/> 기타
0.5K <input type="checkbox"/>		1K <input type="checkbox"/>		2K <input type="checkbox"/>		3K <input type="checkbox"/>		4K <input type="checkbox"/> 6K <input type="checkbox"/> 일반 (<input type="checkbox"/>)
청 력 검 사	좌	[][] . []		[][] . []		[][] . []		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 측정불가
	우	[][] . []		[][] . []		[][] . []		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 측정불가
색신		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 적녹색약 <input type="checkbox"/> 적색약 <input type="checkbox"/> 전색약 <input type="checkbox"/> 녹색약				보호구 착용		<input type="checkbox"/> 항상 <input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 안함
치과소견		<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 법랑질 부식 <input type="checkbox"/> 법랑질 파괴 <input type="checkbox"/> 기타()				치과의사		(인)
표적장기별 문진 내역					검사항목			
과거(직전) 건강진단 판정					과거(직전) 건강진단 결과			
구분	판정	소견		조치		업무수행 적합여부		
특수검진 1차						가 나 다 라		
특수검진 2차								
1차 건강진단일자		판정 일자		건강진단일자		(서명)		
2차 건강진단일자		판정 일자		건강진단일자		(서명)		

특수건강진단 문진표

최근 **6개월 동안** 있었던 증상에 대해 표시해 주십시오.

부위	증상문항	증상			부위	증상문항	증상		
		심하다	약간	없다			심하다	약간	없다
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다	□	□	□	심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다	□	□	□
	피로감을 많이 느낀다	□	□	□		일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다	□	□	□
	몸에 덩어리가 만져진다	□	□	□		가슴이 답답하다	□	□	□
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다	□	□	□	척추 / 사지	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다	□	□	□
	피부에 반점이 생긴다	□	□	□		쉬고 난 다음날 출근하면 기침을 한다	□	□	□
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다	□	□	□		사지 또는 어깨가 쑤신다	□	□	□
눈	피부가 거칠어지거나 갈라진다	□	□	□	정신 / 신경	손, 발이 떨리거나 힘이 없다	□	□	□
	눈이 시리거나 눈물이 잘 난다	□	□	□		손이나 발의 감각이 둔해졌다	□	□	□
	시력이 전보다 나빠졌다	□	□	□		추우면 손가락이 하얗게 된다	□	□	□
귀	눈이 충혈되거나 아프다	□	□	□	비뇨 / 생식	허리가 아프다	□	□	□
	말소리가 또렷하게 들리지 않는다	□	□	□		머리가 아프다	□	□	□
	귀에서 소리가 난다	□	□	□		어지럽다	□	□	□
코	코피가 자주난다	□	□	□	비뇨 / 생식	기억력이 저하 및 건망증이 심해졌다	□	□	□
	콧물이 나고 코가 답답하다	□	□	□		불안하고 초조하다	□	□	□
	냄새를 잘 못 맡는다	□	□	□		정신이 멍해지거나 술취한 느낌이 든다	□	□	□
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다	□	□	□	비뇨 / 생식	정신을 집중하기가 어렵다	□	□	□
	맛을 잘 못 느낀다	□	□	□		소변이 잘 안 나온다	□	□	□
소화기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있다	□	□	□	비뇨 / 생식	몸이 붓는다	□	□	□
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다	□	□	□		생리가 불규칙해졌다 (여성)	□	□	□
	변비가 있다	□	□	□		자연유산한 적이 있다 (여성)	□	□	□

* 작업중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까? □ 예 □ 아니오

* 작업중에 취급하는 물질로 인해 건강문제가 생겼다고 생각합니까? □ 예 □ 아니오

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

의사소견

의사서명 : _____ (인)