

()월 보건관리 상태보고서

(의사용)

결재	담당		

1. 보건관리현황

사업장명: _____

작업환경측정(상/하)	예정일: _____, 측정일: _____
일반/특수건강진단	예정일: _____, 검진일: _____

2. 업무수행내용 (점검유무: 점검 ☒ 체크)

구 분		점검유무	업 무 수 행 내 용
Ⅰ. 관 리	산업안전보건위원회 관련		회의개최일: _____, 회의구분: ☐ 정기 ☐ 임시, 주요의견: _____
	법정교육 적정성 및 기관교육 실시		☐ 정기 ☐ 채용시 ☐ 작업내용 변경시 ☐ 특별, (기관교육 내용: _____)
Ⅱ. 작업환경	작업장 순회점검		점검공정명: _____
	주요 유해인자 관리		☐ 소음/진동 ☐ 분진 ☐ 온습도 ☐ 방사선 ☐ 관리대상유해물질 ☐ 특별관리물질 ☐ 허가대상유해물질
	유해물질관리 지도		☐ MSDS게시·비치 ☐ 경고표시 ☐ MSDS교육
	작업환경측정결과 확인		☐ 노출기준 초과공정 ☐ 유해공정
	보호구 관리		☐ 적정보호구선정(인증) ☐ 보호구착용방법 ☐ 보호구관리방법
Ⅲ. 건강관리	건강진단 관리		건강진단실시지도: ☐ 일반 ☐ 특수(정기,배치전,임시,수시), 직업병의심 검사의뢰 건
	건강상담 (별지3, 4 상세기재)		상담인원: D1() D2() Dn() C1() C2() Cn() 기타() 총: 명 직업병: 명 (☐ 분진, ☐ 소음, ☐ 유기화합물, ☐ 금속류, ☐ 기타) 일반병: 명 (☐ 고혈압, ☐ 당뇨, ☐ 간장질환, ☐ 신장질환, ☐ 이상지질혈증, ☐ 흉부)
	건강증진프로그램 지도		☐ 금연 ☐ 절주 ☐ 운동 ☐ 스트레스 ☐ 식이 ☐ 기타()
	응급의료체계구축		응급의료체계구축결과: ☐ 적정 ☐ 미흡, 응급의료체계구축 지도: _____
	직무스트레스 평가		☐ 직무스트레스 평가 지도 ☐ 사후관리
	뇌·심 발병 위험도 평가		☐ 뇌·심 발병 위험도 평가 지도 ☐ 사후관리
Ⅳ. 기 타			

3. 종합의견(세부업무내용 및 개선의견)

방문일자 : 202 년 월 일

사업장(담당자) 직위 : 성명 : (인)
보건관리자 직종 : 성명 : (인)