

[ 별지 제5호서식 ]

( ) 건강 진단 개인표

유해인자 :

|                            |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|----------------------------|-------|------------|--------|------------|--------|-----------------|--------|------------------------|--------|--------------|--------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|-----|--|
| 주민등록번호                     |       | 이름         |        | 나이         |        | 성별              |        | 사원번호                   |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 근로자주소                      |       |            |        |            |        |                 |        | 전화번호                   |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 사업체명                       |       |            |        |            |        | 업종              |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 현작업부서                      |       |            |        | 현작업내용      |        |                 |        | 지방사무소                  |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 입사년월일                      |       |            |        | 현직전입일      |        |                 |        | 1일폭로시간                 |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 과거<br>직<br>력               | 작업공정명 |            | 년<br>수 | 기간         |        | 문<br>진          | 과거병력   |                        | 시<br>진 | 안과           |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        | 이비인후         |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        |                 | 가족력    |                        |        | 피부           |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        |                 | 업무기인성  |                        |        | 치아           |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        | 흡연, 음주          |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 장기별<br>임상<br>진찰            |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 취급<br>물질                   |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 현재증상, 자타각증상                |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 항목                         |       | 신장<br>(Cm) |        | 체중<br>(Kg) |        | 혈압(mmHg)        |        | 흉부방사선검사 ( ) (촬영번호 ) 번) |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        | 최고      최저      |        | 판독의사면허번호 ( )           |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 참고치                        |       |            |        |            |        | 139이하      89이하 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 금 회                        |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| ( )년도                      |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 순<br>음<br>청<br>력<br>검<br>사 | 항목    |            | 500Hz  | 1000Hz     | 2000Hz | 3000Hz          | 4000Hz | 6000Hz                 | 3분법    | 6분법          | 2<br>차 | 500Hz              | 1000Hz | 2000Hz | 3000Hz | 4000Hz | 6000Hz | 3분법 | 6분법 |  |
|                            | 금 회   | 좌 우        |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        | 좌 우                |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            | ( )   | 1 차        |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        | 좌 우                |        |        |        |        |        |     |     |  |
|                            |       | 좌 우        |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        | 좌 우                |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 치과소견                       |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        | 치과 의사              |        | 인      |        |        |        |     |     |  |
| 건 강 진 단 항 목                |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 검사항목                       |       |            |        |            | 검사결과   |                 |        |                        |        | 참고치          |        |                    |        |        | ( )년도  |        |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 판정                         |       | 소 견        |        |            |        | 조 치             |        |                        |        | 업무수행<br>적합여부 |        | 유해인자자별건강구분<br>유해인자 |        |        |        | 건강구분   |        |     |     |  |
|                            |       |            |        |            |        |                 |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 건강진단일자                     |       |            |        |            |        | 건강진단기관          |        |                        |        |              |        | 건강진단의사             |        |        |        |        |        |     |     |  |
| 근로자                        |       |            |        |            |        | (서명 또는 인)       |        |                        |        |              |        |                    |        |        |        |        |        |     |     |  |