

【 ☐ 특수 ☐ 배치전 ☐ 특검만 건강진단개인표

차트 번호

유해인자 :

(Name)		(Residential ID No.)		(Cell phone)	
(Company name)		(Address)			
(Date of entrance to company)		노출기간			
공 정 명		근무년수	근무기간	문 진	고혈압(),당뇨(),중아염() 이상지질혈증()
		년 월	~		현재병력
		년 월	~		가 족 력
		년 월	~	술 () 담배 () 운동 ()	
일 반 건 강 진 단 항 목		특 수 건 강 진 단 항 목			
신 장	cm	☐ 순음청력검사1차 (양측기도) 14시간이상 휴무확인() 소음초과 사업장확인()			☐ 객담검사
체 중	kg	Hz	좌	우	☐ 폐활량 검사
허 리 례	cm	0.5 kHz			☐ 심전도 검사
혈 압	① /	1kHz			☐ 요10종
	② /	2kHz			☐ 야간작업(허리둘레, 혈당,이상지질검사)
	③ /	3kHz			☐ 간기능 검사 (GOT, GPT, r-GTP)
청 력	좌 우	4kHz			☐ 이상지질 검사 (TC, HDL, TG)
시 력 (교정)	좌 우	6kHz			☐ Hb,Hct, WBC, RBC PLT, WBC Diff
☐ 흉부방사선 검사 (chest PA)					☐ 망상적혈구
					☐ 악력검사
☐ 흉부방사선 chest Both ap&lat					☐ 좌: 우:
					☐ 기타검사
					☐ 치아검사(치아부식증) : 치과 의사 (인)
판정	소 견		조 치		업무수행 적합여부
					유해인자 별 건강구분 유해인자 건강구분
건강진단일자		건강진단기관		온 누 리 병 원	건강진단일자 (서명 또는 인)
사 업 주		보건관리자		(서명 또는 인)	(서명 또는 인)