

【 ☐ 특수 ☐ 배치전 ☐ 특검만

## 건강진단개인표

차트

번호

유해인자 :

|                                                  |                               |                                                                             |                      |                                                        |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 성명                                               | (Name)                        | 주민번호                                                                        | (Residential ID No.) |                                                        | 휴대 전화 번호                                             | (Cell phone)                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 사업장명                                             | (Company name)                | 자택주소                                                                        | (Address)            |                                                        |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 입사일자                                             | (Date of entrance to company) | 노출기간                                                                        |                      |                                                        | 작업부서 및 작업내용                                          |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 과거직력                                             | 공정명                           | 근무년수                                                                        | 근무기간                 |                                                        | 문진                                                   | 고혈압( ), 당뇨( ), 종이염( )                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  |                               | 년 월                                                                         | ~                    |                                                        |                                                      | 현재병력                                                        | 이상지질혈증( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  |                               | 년 월                                                                         | ~                    |                                                        |                                                      | 가족력                                                         | 고혈압( ), 당뇨( ), (기타: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  |                               | 년 월                                                                         | ~                    |                                                        |                                                      | 술( ) 담배( ) 운동( )                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 일반건강진단항목                                         |                               | 특수건강진단항목                                                                    |                      |                                                        |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 신장                                               | cm                            | <input type="checkbox"/> 순음청력검사1차 (양측기도)<br>14시간이상 휴무확인( )<br>소음초과 사업장확인( ) |                      | <input type="checkbox"/> 객담검사                          |                                                      | <input type="checkbox"/> 생물학적 노출지표 검사(소변/혈액)                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 체중                                               | kg                            | Hz                                                                          | 좌                    | 우                                                      | <input type="checkbox"/> 폐활량 검사                      |                                                             | 소변<br><input type="checkbox"/> O-크레졸 (크레졸)<br><input type="checkbox"/> MHA -crea (크실렌)<br><input type="checkbox"/> TCE -crea (트리클로로에틸렌)<br><input type="checkbox"/> PCE (퍼클로로에틸렌)<br><input type="checkbox"/> 1,1,1 TCE (1,1,1-트리클로로에탄)<br><input type="checkbox"/> 1,2-디클로로프로판<br><input type="checkbox"/> 2,5-헥사디온 -crea (헥산)<br><input type="checkbox"/> NMF (DMF)<br><input type="checkbox"/> DMA-crea (DMA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 허리둘레                                             | cm                            | 0.5 kHz                                                                     |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 심전도 검사                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 혈압                                               | ① /                           | 1 kHz                                                                       |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 요10종                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  | ② /                           | 2 kHz                                                                       |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 야간작업(허리둘레, 혈당, 이상지질검사)      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  | ③ /                           | 3 kHz                                                                       |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 간기능 검사<br>(GOT, GPT, r-GTP) |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 청력                                               | 좌 우                           | 4 kHz                                                                       |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 이상지질 검사<br>(TC, HDL, TG)    |                                                             | 혈액<br><input type="checkbox"/> 혈중 납<br><input type="checkbox"/> 혈중 카드뮴<br><input type="checkbox"/> 혈중 인동                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  | 시력                            | 좌 우                                                                         | 6 kHz                |                                                        |                                                      | <input type="checkbox"/> Hb, Hct, WBC, RBC<br>PLT, WBC Diff |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| (교정)                                             |                               |                                                                             |                      |                                                        | <input type="checkbox"/> 망상적혈구<br>악력검사               |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 진찰 (표적장기)<br><input type="checkbox"/> 호흡기계<br><input type="checkbox"/> 간담도계<br><input type="checkbox"/> 심혈관계<br><input type="checkbox"/> 조혈기계<br><input type="checkbox"/> 비뇨기계<br><input type="checkbox"/> ENT<br><input type="checkbox"/> 신경계(문진, 진찰)<br><input type="checkbox"/> 눈.피부.비강.인두(문진, 진찰)<br><input type="checkbox"/> 기타표적 -<br><input type="checkbox"/> 생식계<br><input type="checkbox"/> 생물학적지표검사<br><input type="checkbox"/> 내분비계<br><input type="checkbox"/> 위장관계<br><input type="checkbox"/> 진동각 손톱압박, 악력, 통각 |
| <input type="checkbox"/> 흉부방사선 검사 (chest PA)     |                               |                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> 좌:<br>우:                      |                                                      | <input type="checkbox"/> 기타검사                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 흉부방사선 chest Both ap&lat |                               |                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> 치아검사(치아부식증)<br>:<br>치과 의사 (인) |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  |                               |                                                                             |                      |                                                        |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 판정                                               | 소견                            |                                                                             | 조치                   |                                                        | 업무수행<br>적합여부                                         | 유해인자 별 건강구분<br>유해인자 건강구분                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                  |                               |                                                                             |                      |                                                        |                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 건강진단일자                                           |                               |                                                                             | 건강진단기관               | 온누리병원                                                  | 건강진단의사                                               | (서명 또는 인)                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 사업주                                              | (서명 또는 인)                     |                                                                             | 보건관리자                | (서명 또는 인)                                              | 근로자                                                  | (서명 또는 인)                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |