



(일반+특수) 건강 진단 수검표

일련번호	1	성명	장현수	암검진	위, 유, 대, 간, 자
등록번호	17773423	입사일자	2006-07-23	핸드폰	
회사명	송원철강	부서명	비사무직	방문	
주민등록번호	610109-1*****	공정명		비고	회사발송동의함(예□)
주소	인천광역시 남동구 남동대로155번길33		진행일자	2015년 04월 20일	수검자 성명
유해인자	일반, 소음, 산화철				

신장	체중	시력		교정	혈압		허리둘레	요PH	요단백	요장혈	요당
		좌	우		수축기	이완기					
0 0 0	0 0 0	0 0	0 0	0 0	0 0 0	0 0 0	0 0	① -	① -	① -	
1 1 1	1 1 1	1 1	1 1	1 1	1 1 1	1 1 1	1 1	② ±	② ±	② ±	
2 2 2	2 2 2	2 2	2 2	2 2	2 2 2	2 2 2	2 2	③ 1+	③ 1+	③ 1+	
X 3 3	X 3 3	X 3	X 3	X 3	X 3 3	X 3 3	X 3	④ 2+	④ 2+	④ 2+	
X 4 4	X 4 4	X 4	X 4	X 4	X 4 4	X 4 4	X 4	⑤ 3+	⑤ 3+	⑤ 3+	
X 5 5	X 5 5	X 5	X 5	X 5	X 5 5	X 5 5	X 5	⑥ 4+	⑥ 4+	⑥ 4+	
X 6 6	X 6 6	X 6	X 6	X 6	X 6 6	X 6 6	X 6	색각검사		X선촬영번호	
X 7 7	X 7 7	X 7	X 7	X 7	X 7 7	X 7 7	X 7	① 정상			
X 8 8	X 8 8	X 8	X 8	X 8	X 8 8	X 8 8	X 8	② 적녹색약			
X 9 9	X 9 9	X 9	X 9	X 9	X 9 9	X 9 9	X 9	③ 기타			
								가슴둘레(흉위)			
								cm			

청력 (좌)				청력 (우)				생물학적 노출표지자	낙상검사
1kHz	2kHz	3kHz	4kHz	1kHz	2kHz	3kHz	4kHz		
0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0		하지기능 ()초 평형성(눈뜨고) ()초 평형성(눈감고) ()초 보행장애 ① 유 ② 무 검사 및 진찰
1 X	1 X	1 X	1 X	1 X	1 X	1 X	1 X		
2 X	2 X	2 X	2 X	2 X	2 X	2 X	2 X		
3 X	3 X	3 X	3 X	3 X	3 X	3 X	3 X		
4 X	4 X	4 X	4 X	4 X	4 X	4 X	4 X		
5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5		
6 X	6 X	6 X	6 X	6 X	6 X	6 X	6 X		
7 X	7 X	7 X	7 X	7 X	7 X	7 X	7 X		
8 X	8 X	8 X	8 X	8 X	8 X	8 X	8 X		
9 X	9 X	9 X	9 X	9 X	9 X	9 X	9 X		
-	-	-	-	-	-	-	-		
○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90	○ ↑ 90		

검진순서	이경검사		생활습관		외상/후유증	일반상태
	좌	우	양호	개선		
2층	④ 구강 → ⑤ 청력 → □ 폐활량 → ⑥ 신체계측	① 정상	① 정상	음주	○	① 양호
	⑦ 방사선촬영 → ⑧ 채혈 → ⑨ 의사진찰	② 비정상	② 비정상	흡연	○	② 보통
				운동	○	③ 불량
				체중	○	
3층	④ 구강 → ⑤ 청력 → ⑥ 신체계측	검진일	2016	월	04	18
	⑦ 방사선촬영 → ⑧ 채혈 → ⑨ 의사진찰					(서명)

검진활용동의여부 예 ○

건강검진 공통 문진표

- 일반건강검진
- 생애전환기 건강진단

수검자 성명	장현수 (17773423)	주민등록번호	610109-1*****	전화번호	핸드폰	032-822-0941 011-222-1722
회사명	승원철강			E-mail주소		

※ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료중 이십니까? (없으면 비워주세요)

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색/ 협심증)	고혈압	당뇨병	이상지질 혈증	폐결핵	기타 (암포함)
-----	-------------	-----------------------	-----	-----	------------	-----	-------------

진단여부	○	○	○	○	○	○	○
약물치료여부	○	○	○	○	○	○	○

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?(없으면 비워주세요)

질병명	뇌졸중 (중풍)	심장병 (심근경색) /협심증	고혈압	당뇨병	기타 (암 포함)
-----	-------------	-----------------------	-----	-----	--------------

있	미	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---	---

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

① 예

② 아니오

③ 모름

※ 附刊

4-1. 지금까지 평생 5갑(100개비) 이상의 담배를 피운 적이 있습니까?

- ① 아니오 (👉 5번 문항으로 가세요)
- ② 예, 지금은 끝었음 (👉 4·2번 문항으로 가세요)
- ③ 예, 현재도 흡연 중 (👉 4·3번 문항으로 가세요)

4-2. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면

1) 금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까?

십 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
일 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2) 금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?

십 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
일 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4-3. 현재도 흡연을 하신다면

1) 몇 년째 담배를 피우시고 계십니까?

십 단 위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
일 단 위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2) 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까?

십 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
일 단위	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

※ 음주 관련 문항

5-1. 1주에 평균 며칠이나 술을 마십니까?

- ① 없다 ② 1일 ③ 2일 ④ 3일
 ⑤ 4일 ⑥ 5일 ⑦ 6일 ⑧ 7일

5-2. 술을 마실 때 보통 하루에 얼마나 마십니까?(잔)

(※ 술 종류에 관계없이 각각의 술잔을 계산합니다.)

단, 캔맥주 1개(355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다.)

십 단위	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
일 단위	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

※ 신체활동(운동) 관련 문항

6-1. 최근 1주일간, 평소보다 숨이 훨씬 더 차게 만드는 격렬한 활동을, 하루 20분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?
(예 : 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 등산 등)

- ① 없다 ② 1일 ③ 2일 ④ 3일
 ⑤ 4일 ⑥ 5일 ⑦ 6일 ⑧ 7일

6-2. 최근 1주일간, 평소보다 숨이 조금 더 차게 만드는 중간 정도 활동을, 하루 30분 이상 시행한 날은 며칠이었습니까?(예 : 빠르게 걷기, 복식 테니스 치기, 보통 속도로 자전거 타기, 윈드려 걸레질하기 등)

※ 6-1. 응답에 관련된 신체활동은 제외

- ① 1일 ② 2일 ③ 3일
 ④ 4일 ⑤ 5일 ⑥ 6일 ⑦ 7일

6-3. 최근 1주일간, 한 번에 적어도 10분 이상씩 걸은 경우를 합하여, 하루 총 30분 이상 걸은 날은 며칠이었습니까?
(예 : 가벼운 운동, 출퇴근이나 여가 시간에 걸기 포함)

※ 6-1, 6-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

- ① 없다 ② 1일 ③ 2일 ④ 3일
 ⑤ 4일 ⑥ 5일 ⑦ 6일 ⑧ 7일

특수건강진단문진표



사업장	송원철강	부서 및	부서	현재부서근무시작일	년도 월
성명	장현수	작업내용	작업내용(공정)	1일작업(노출)시간	시간

과거 직업력	사업장명	작업내용(예:프레스, 용접)	근무년수
			년 개월
			년 개월

※ 최근 6개월 이내 있었던 해당 증상을 ●표시해 주십시오. ※ 바른표기: ● / 틀린표기 -> (○, ○, ⊙, ⊙, ⊙)

신체 부위	증상문항	증상 약간 있다			신체 부위	증상문항	증상 약간 있다		
		심하다	약간 있다	없다			심하다	약간 있다	없다
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다	①	②	③	심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다	①	②	③
	피로감을 많이 느낀다	①	②	③		일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다	①	②	③
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다	①	②	③		가슴이 답답하다	①	②	③
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다	①	②	③		아침에 일어났을 때 가래가 나오 거나 기침을 한다	①	②	③
	피부에 반점이 생긴다	①	②	③		쉬고난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다	①	②	③
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다	①	②	③	척추 / 사지	팔, 다리, 어깨가 쑤시거나 아프다	①	②	③
	피부가 거칠어지거나 갈라진다	①	②	③		손, 발이 떨리거나 힘이 없다	①	②	③
눈	눈이 시거나 눈물이 잘 난다	①	②	③		손이나 발의 감각이 둔해졌다	①	②	③
	시력이 전보다 나빠졌다	①	②	③		추우면 손가락이 하얗게 된다	①	②	③
	눈이 충혈되거나 아프다	①	②	③	정신 / 신경	허리가 아프다	①	②	③
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다	①	②	③		머리가 아프다	①	②	③
	귀에서 소리가 난다	①	②	③		어지럽다	①	②	③
코	코피가 자주 난다	①	②	③		기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다	①	②	③
	콧물이나고 코가 답답하다	①	②	③		불안하고 초조하다	①	②	③
	냄새를 잘 못 맡는다	①	②	③		정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다	①	②	③
입	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 현다	①	②	③		정신을 집중하기 힘들다	①	②	③
	맛을 잘 못 느낀다	①	②	③	비뇨 / 생식	소변이 잘 안 나온다	①	②	③
소화 기	배가 찌르듯 아픈 적이 있었다	①	②	③		몸이 붓는다	①	②	③
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다	①	②	③		생리가 불규칙해졌다 (☞ 여성만 응답하세요)	①	②	③
	변비가 있다	①	②	③		자연유산한 적이 있다 (☞ 여성만 응답하세요)	①	②	③

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.

	예	아니오
* 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?	①	②
* 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?	①	②

의사 소견	전산 입력 내용 외 특이사항 ○ 없음
----------	-------------------------



배치 전 검진안 검음 현재 직장에서의 가장 최근의 야간작업에 종사하여 작성하고, 야간작업을 한 적이 없다면 032-822-0941 야간
작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오. 011-222-1722
(야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인지가 불확실할 경우에는 배치 전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후 유해인
자로서 야간작업이 해당될 경우 배치 후 건강진단을 실시합니다.)

야간작업 노출평가 문진표

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 ● 표시해 주십시오. (바른표기: ● 틀린표기: ○, △, ×, ◎, ⊙)

수검자 성명	주민등록 번호	전화 번호	자택 핸드폰
-----------	------------	----------	-----------

※ 야간작업 - 노출평가

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까?

- | | |
|----------|----------|
| ① 5년 미만 | ② 5-9년 |
| ③ 10-14년 | ④ 15-19년 |
| ⑤ 20년 이상 | ⑥ 해당 없음 |

2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해 주시기 바랍니다.

- | | |
|-------------|-----------|
| ① 3교대 | ② 2교대 |
| ③ 격일제(24시간) | ④ 고정 야간근무 |
| ⑤ 기타(불규칙) | |

3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무 일정입니까?

- ① 예 (예 3-1번으로)
② 아니오 (예 4번으로)

3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무→저녁근무→야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까?

- ① 예
② 아니오

4. 퇴근이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?

- ① 11시간 이상이다
② 11시간 미만이다

5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 몇 일 있었습니까?

- | | |
|--------------|------|
| ① 연속 야간작업 없음 | ② 2일 |
| ③ 3일 | ④ 4일 |
| ⑤ 5일 이상 | |

6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 주간작업과 비교하여 어떠합니까?

1) 업무량 : 주간근무와 비교하여

- ① 비슷하다 ② 더 적다
③ 더 많다

2) 휴식시간 : 주간근무와 비교하여

- ① 비슷하다 ② 더 적다
③ 더 많다

7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?

- ① 예
② 아니오

8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

	있다	없다
1) 야간근무 중 수면시간	①	②
2) 휴게실	①	②
3) 식사/야식/간식	①	②
	가능하다	불가능하다
4) 야간근무 일정 조정	①	②

9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?

- | | |
|-----------|-----------|
| ① 40시간 미만 | ② 40시간 |
| ③ 41-51시간 | ④ 52-59시간 |
| ⑤ 60시간 이상 | |



야간작업 관련 증상 문진표

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 ● 표시해 주십시오. (바른표기: ● 틀린표기: ○, △, ×, ◎, ⊙)

수검자 성명	주민등록 번호	전화 번호	자택 핸드폰
장현수(17773423)	610109-1*****		032-822-0941

011-222-1722

※ 수면장애 (불면증지수 - ISI)

1-3 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주세요.

최근 2주간 나는	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠들기 어렵다	①	②	③	④	⑤
2. 잠을 유지하기 어렵다	①	②	③	④	⑤
3. 쉽게 깬다	①	②	③	④	⑤

4. 현재수면 양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?

- | | |
|----------|----------|
| ① 매우 만족 | ② 약간 만족 |
| ③ 그저 그렇다 | ④ 약간 불만족 |
| ⑤ 매우 불만족 | |

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해 한다고 생각합니까?(활동중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)

- | | |
|---------------|-------|
| ① 전혀 방해되지 않는다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

6. 주변 사람들이 귀하의 수면 문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?

- | | |
|--------------|-------|
| ① 전혀 걱정하지 않다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?

- | | |
|---------------|-------|
| ① 전혀 걱정하지 않는다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

※ 위장관 질환

1. 최근 3개월동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀 없음 | ② 1개월에 하루 미만 |
| ③ 1개월에 하루 | ④ 1개월에 2~3일 |
| ⑤ 1주일에 하루 | ⑥ 1주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

2. 식사 후(불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀 없음 | ② 한 달에 하루 미만 |
| ③ 한 달에 하루 | ④ 한 달에 2~3일 |
| ⑤ 일주일에 하루 | ⑥ 일주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의(가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀 없음 | ② 한 달에 하루 미만 |
| ③ 한 달에 하루 | ④ 한 달에 2~3일 |
| ⑤ 일주일에 하루 | ⑥ 일주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

※ 유방암 증상(여성만 작성 하세요.)

1. 우리나라에서 권고하고 있는 유방암의 조기검진주기는 아래와 같습니다. 귀하는 지금까지 귀하의 연령에 맞는 조기검진을 시행하였습니까?

-30세 이후 : 매일 자가진단
-35세 이후 : 2년 간격으로 의사 진찰
-40세 이후 : 1~2년 간격으로 의사 진찰과 유방촬영

- | | |
|--------------|----------------|
| ① 거의 한 적이 없다 | ② 몇 번은 한 적이 있다 |
| ③ 거의 매번 지켰다 | |

2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.

- | |
|----------------------|
| ① 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다 |
| ② 유두에서 분비물이 나온다 |
| ③ 유두가 헐거나 함몰 되었다 |
| ④ 증상이 없다 |

3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?

- | | |
|-----------|-----------|
| ① 한 적이 없다 | ② 한 적이 있다 |
|-----------|-----------|

의사 상담 내용	수면 장애	전산	○
	위장관	전산	○
	유방암	전산	○



구강 검진 문진표

장현수 (17773423)

610109-1*****

○ 일반건강검진
○ 0324802-094 생애건강검진기 건강진단

수검자 성명	송원철강	주민등록번호	전 화 번 호	자 택 해 드 폰	011-222-1722
회사명	E-mail주소				

※ (치과)병력과 구강건강인식도 관련문항

1. 최근 1년간 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오

2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?

- ① 예
② 아니오
③ 모르겠다

3. 현재 심혈관질환을 앓고 계십니까?

- ① 예
② 아니오
③ 모르겠다

4. 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 들니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오

5. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 욱신거리거나 아픈 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오

6. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오

7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?

- ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통
④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

※ 구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용, 흡연) 관련 문항

8. 치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오

9. 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 회

10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니다습니까?

- ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회)
③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)

11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니다습니까?

- ① 항상 했다
② 대부분 했다
③ 가끔 했다
④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다

12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?

- ① 예 ② 아니오
③ 모르겠다

13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?

- ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠음

14. 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)를 얼마나 마십니까?

- ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠음

15. 담배를 피우십니까?

- ① 전혀 피운 적이 없다
② 현재 피우고 있다
③ 이전에 피웠으나 끊었다

※ 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.