

특수건강진단 문진표 개정판(2018.4.1)
Special Health Examination Questionnaire Revised Issue
(Apr. 1, 2018)

사 업 장 명 :
 Company:

성 명 :
 Name:

※ **질환력(과거력, 가족력) 관련 문항**
 ※ **Questions on Medical History (Patient History, Family History)**

※ 아래 문항을 읽고 **현재 상태**에 해당하는 내용에 '○'표시해 주십시오.
 ※ Please read the following questions and indicate with [O] for **current state**.

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?
 1. Have you been **diagnosed or are you currently taking medication** for any of the following illnesses?

질병명 Illness	뇌졸중 (중풍) Stroke	심장병 (심근경색/협심증) Heart disease (Myocardial infarction / Angina pectoris)	고혈압 High blood pressure	당뇨병 Diabetes	이상 지질혈증 Dyslipidemia	폐결핵 Tuberculosis	기타 (암포함) Others (including cancer)
진단여부 Diagnosis							
약물치료여부 Medical treatment							

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?
 2. Have any of your **parents, brothers, or sisters died from the following illnesses?**

질환명 Illness	뇌졸중 (중풍) Stroke	심장병 (심근경색/협심증) Heart disease (Myocardial infarction / Angina pectoris)	고혈압 High blood pressure	당뇨병 Diabetes	기타(암포함) Others (including cancer)
있음 Yes					

3. **B형간염 바이러스 보유자**입니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름
 3. Are you a **hepatitis B virus carrier**? ① Yes ② No ③ Don't know

※ **흡연관련 문항**
 ※ **Questions on Smoking**

아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태**에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.
 Please read the followings and indicate your **current status**.

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 담배를 피운 적이 있습니까?
 4. Have you smoked more than five packs (100 sticks) of cigarettes over your entire life?

- ① 아니오(☞ 5번 문항으로 가세요)
- ① No (☞ Go to question 5)
- ② 예, 지금은 끊었음 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)
- ② Yes, but I have quit now (☞ Go to Question 4-1)
- ③ 예, 현재도 흡연 중 (☞ 4-2번 문항으로 가세요)
- ③ Yes, and I am still smoking (☞ Go to Question 4-2)

4-1. 과거에 흡연을 하였으나 현재는 끊으셨다면
 4-1. If you have **smoked in the past**, but have since quit:

금연 전까지 담배를 몇 년이나 피우셨습니까? How many years did you smoke before quitting?	총 _____ 년 Total _____ years
금연하시기 전 평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? How many cigarettes did you smoke a day before quitting?	_____ 개비 _____ Cigarettes

4-2. 현재도 흡연을 하신다면

몇 년째 담배를 피우시고 계십니까? For how many years have you smoked?	총 _____ 년 Total _____ years
평균 하루 흡연량은 몇 개비였습니까? How many cigarettes do you smoke a day on average?	_____ 개비 _____ Cigarettes

5. 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?
 5. Have you ever used an electronic cigarette?
 ① 예(☞ 5-1번 문항으로 가세요) ② 아니오(☞ 6번 문항으로 가세요)
 ① Yes (☞ Go to question 5-1) ② No (☞ Go to question 6)

5-1. 최근 한 달 동안 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?
 5-1. Have you used an electronic cigarette in the past month?
 ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일 ④ 월 10-29일 ⑤ 매일
 ① No ② 1-2 days a month ③ 3-9 days a month ④ 10-29 days a month ⑤ Everyday

※ 음주 관련 문항
 ※ Questions on Alcohol

아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에** 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.
 Please read the followings and indicate your **current status**.

6. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)
 6. How often do you drink alcohol? (Answer 1)
 ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
 ① () times a week ② () times a month
 ③ 1년에 () 번 ④ 술을 마시지 않는다. (☞ 7번 문항으로 가세요)
 ③ () times a year ④ do not drink (☞ Go to question 7)

6-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?
 6-1. When you drink alcohol, how much do you drink?

술 종류 Alcohol Type	잔 glass	병 bottle	캔 can	cc
소주 soju				
맥주 beer				
양주 liquor				
막걸리 makgeolli				
와인 wine				

6-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

6-2. What is the most alcohol you have consumed in one day?

술 종류 Alcohol Type	잔 glass	병 bottle	캔 can	cc
소주 soju				
맥주 beer				
양주 liquor				
막걸리 makgeolli				
와인 wine				

※ 신체활동(운동) 관련 문항

※ Questions on Physical Activity (Exercise)

아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 내용을 작성하여 주십시오.

Please read the followings and indicate your **current status**.

7-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

7-1. In the past week, on how many days did you engage in intense physical activity that made you breathe much more heavily than normal?

주당 () 일

() days a week

(예: 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등)

(i.e.: running, aerobics, fast-speed cycling, construction work, carrying loads using the stairs, etc)

7-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

7-2. On average, how many hours a day do you engage in intense physical activity that makes you breathe much more heavily than normal?

하루에 () 시간 () 분

() hours () minutes a day

8-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

8-1. In the past week, on how many days did you engage in medium-level physical activity that made you breathe

slightly faster than normal?

주당 ()일

() days a week

(예: 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등)

(i.e.: walking at a fast pace, tennis doubles, cycling at normal speeds, carrying light loads, cleaning, etc)

※ 7-1, 7-2 응답에 관련된 신체활동은 제외

※ Exclude physical activities responded to in questions 7-1, 7-2

8-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇시간 하십니까?

8-2. On average, how many hours a day do you engage in medium-level physical activity that makes you breathe slightly faster than normal?

하루에 ()시간 ()분

() hours () minutes a day

9. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

9. In the past week, on how many days did you engage in strength training activities such as push-ups, sit-ups, lifting dumbbells, lifting weights, pull-ups, etc?

주당 ()일

() days a week

※ 표적장기별 증상 관련 문항

※ Questions about symptoms related to target organs

10. 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

10. Please respond relating to symptoms experienced in the past six months.

신체 부위 Body Part	증상문항 Symptoms	증 상 Intensity		
		심하다 High	약간 있다 Medium	없다 None
일반 General	식욕이 없고 체중이 줄었다 Lost appetite and weight			
	피로감을 많이 느낀다 Feeling of fatigue often			
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다 Lumps felt in the body			
피부 Skin	피부가 가렵거나 염증이 생긴다 Itchy feeling or inflammations			
	피부에 반점이 생긴다 Skin rashes			
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다 Changes to the hair, fingernails, or toenails			
	피부가 거칠어지거나 갈라진다 Skin becomes rough and cracked			
눈 Eyes	눈이 시거나 눈물이 잘난다 Eyes are irritated and tear up more often			
	시력이 전보다 나빠졌다 Eyesight worsening			
	눈이 충혈되거나 아프다 Eyes become bloodshot or hurt			

신체 부위 Body Part	증상문항 Symptoms	증 상 Intensity		
		심하다 High	약간 있다 Medium	없다 None
귀 Ears	말소리가 또렷하게 들리지 않는다 Cannot hear clearly			
	귀에서 소리가 난다 Ringing in the ears			
코 Nose	코피가 자주 난다 Frequent nosebleeds			
	콧물이 나고 코가 답답하다 Runny or stuffy nose			
	냄새를 잘 못 맡는다 Difficulties smelling			
입 Mouth	잇몸에서 피가 나거나 잇몸이 험다 Bloody gums or canker sores			
	맛을 잘 못 느낀다 Difficulties tasting			
소화기 Digestive	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다 Had felt a stinging pain in my stomach			
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다 Metallic taste in my mouth			
	변비가 있다 Constipation			
심혈관 / 호흡기 Cardiovascular / Respiratory	작업 중 가슴이 두근거린다 Palpitation while working			
	일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다 Coughing and shortness of breath while working			
	가슴이 답답하다 Chest pressure			
	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침을 한다 Coughing or spitting phlegm when waking up			
	쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다 Coughing when returning to work after a holiday			
척추 / 사지 Spine/Limbs	팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다 Arms, legs, and shoulder aches			
	손, 발이 떨리거나 힘이 없다 Trembling or weak hands and feet			
	손이나 발의 감각이 둔해졌다 Hands and feet feeling numb			
	추우면 손가락이 하얗게 된다 Fingers becoming white when cold			
	허리가 아프다 Back pain			

신체 부위 Body Part	증상문항 Symptoms	증 상 Intensity		
		심하다 High	약간 있다 Medium	없다 None
정신 / 신경 Mental / Nervous System	머리가 아프다 Headaches			
	어지럽다 Dizziness			
	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해졌다 Worsened memory and forgetfulness			
	불안하고 초조하다 Anxiety and restlessness			
	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다 Head feels numb or feels as if I am drunk			
	정신을 집중하기 어렵다 Difficulties concentrating			
비뇨 / 생식 Urinary / Reproductive	소변이 잘 안 나온다 Difficulties urinating			
	몸이 붓는다 Body swelling			
	생리가 불규칙해졌다 Irregular menstruation			
	자연유산한 적이 있다 Experienced a miscarriage			

그 외 다른 증상이 있는 경우, 아래의 칸에 기술해 주십시오.
If you have had any other symptoms, please describe them in the field below.

- * 작업 중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까? 예 아니오
- * Have you ever experienced health problems (physical problems) during work? Yes No
- * 작업 중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까? 예 아니오
- * Do you think that you have health problems due to the materials you handle at work? Yes No

의 사 소 견 Doctor's Comments	
--	--