

유기용제등 특수건강진단개인표

일련번호				주민등록번호																			
① 지방사무소				② 업체명				③ 소재지				④ 업종				⑤ 검진연월							
⑥ 성명		⑦ 연령		⑧ 성별		⑨ 1. 남 2. 여		⑩ 현직전입 연월		⑪ 작업현 부서명		⑫ 근무연수 년 개월											
⑬ 작업부서명(과거)				⑭ 근무연수 기 간				⑮ 생산품				⑯ 원료				⑰ 근무 시간							
				년				( . . . . ~ . . . . )				⑱ 특정 화학물질 (취급물)				⑲ 직업병 종류				⑳ 질병자 조치			
				년				( . . . . ~ . . . . )															
				년				( . . . . ~ . . . . )				㉑ 검진 종류											
⑳ 문진		기왕력:		㉒ 일반 검사 항목		신장: cm		색신:		X-선검사(간+ )													
		가족력:				체중: kg		혈액형:															
		업무기인성질병:				시력(좌): ( )																	
						(우): ( )		노당:		기타검사:													
㉓ 시진		안부:				청력(좌): ( )																	
		이비인후:				(우): ( )		혈청지오티:															
		치아:				혈압: / mmHg																	
		피부:																					

검 사 항 목				㉞ 검 사 소 견				
㉝	자각증상 및 타각증상							
	1 차 견 강 진 단	혈 액 검 사	전혈비중:		백혈구수(만개/m <sup>3</sup> ) :			
			혈색소량(wg/dl):		간기능검사(SGPT) :			
			헤마토크릿치(%):		요침사 :			
			적혈구수(만개/m <sup>3</sup> ) :		요백혈구검사(시험시법) :			
	노 검 사	단 백 :		혈 뇨 :				
		우로비리노겐:						
	의 사 의 진 단 및 지 시							
의 사 의 서 명 날 인								
㉞	진 단 일 자							
	2		작 업 조 건					
	차 견 강 진 단	검 사	통각, 온각, 냉각의 검사					
			슬 개 건 반 사					
			요 중 마 뇨 산					
			기 타					
	의 사 의 진 단 및 지 시							
의 사 의 서 명 날 인								
질 병 구 분	판정	소 견 및 조 치	의료기관 서명날인			확 인	보건관리자서명날인	
일 반 병					사 업 주 서명날인			
직 업 병					근 로 자 서명날인			

※ 유해인자별 해당 검사항목만 검사하시오.

3203-134 비

86.10.6 승인

210mm × 297mm

(인쇄용지(특급) 80g/m<sup>2</sup>)