

연 특 수 건 강 진 단 개 인 표

일련번호				주민등록번호																			
① 지방사무소				② 업 체 명				③ 소 재 지				④ 업 종				⑤ 검진 연월						
⑥ 성 명		⑦ 연 령		⑧ 성 별		1. 남 2. 여		⑨ 입사연월			⑩ 현직전입 연 월			⑪ 작업현 부서명			⑫ 근무연수 년 개월			
⑬ 작업부서명(과거)				⑭ 근무연수				⑮ 기 간				⑯ 생 산 품				⑰ 원 료				⑱ 근무 시간			
				년				(. . . ~ . . .)				⑲ 취 급 물				⑳ 직 업 병 종 류				㉑ 질 병 자 조 치			
				년				(. . . ~ . . .)															
				년				(. . . ~ . . .)				㉒ 검진 종류											
⑳ 문 진		기 왕 력 :		㉓ 일 반 검 사 항 목		신 장 :		cm		색 신 :		X-선검사(간#)											
		가 족 력 :				체 중 :		kg		혈 액 형 :													
		업무기인성질병:																					
㉔ 시 진		안 부 :				시력(좌) :		()		노단백:		기타검사											
		이 비 인 후 :				(우) :		()		노당:													
		치 아 :				청력(좌) :		()															
		피 부 :				(우) :		()		혈청지오티:													
						혈 압 :		/ mmHg		혈청지피티:													

검 사 항 목		검 사 소 견		
		㉨ 1 차 검 사	㉩ 2 차 정 밀 검 사	
㉨ 자 각 증 상 및 기 타 증 상	식 욕 부 진			
	변 비			
	복 부 불 쾌 감			
	복 부 선 통			
	그 외 의 소화기 장 해			
	사 지 의 신근마비			
	사 지 의 지각 이상			
	그 외 의 말초신경 장 해			
	관 절 통			
	근 육 통			
	창 백			
	피 로 감			
	권 태 감			
	수 면 장 해			
	초 조 감			
그외 자각증상 및 타각증상				
㉩ 혈 액 검 사	전 혈 비 중			
	혈 색 소 량(g/dl)			
	헤 마 토 크 릿 치(%)			
	적 혈 구 수(만개/m ³)			
	호 염 기 성 적 혈 구(개/1,000)			
	납 량(μ g/L)			
그 외()				
㉪ 노 검 사	코 프 로 폴 피 린(mg/L)			
	δ -아 미 노 레 블 린 산(mg/L)			
	납 량(μ g/L)			
	그 외()			
참 고 사 항				
처 치 및 주 의				
의 사 서 명 날 인				
질병구분	판정	소견 및 조치	의료기관 서명날인	보건관리자서명날인
일반 병				사 업 주 서명날인
직업 병				근로자 서명날인

3203-135 비

210mm × 297mm

86.10.6 승인

(인쇄용지(특급) 80g/m²)