

4 알 킬 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					
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 종 류											
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																	
		㉔ 1 차 검 사	㉕ 2 차 정 밀 검 사																
㉔ 신경증상 및 정신증상	초 조 감																		
	불 면																		
	악 몽																		
	식 욕 부 진																		
	안 면 창 백																		
	권 태 감																		
	식 은 땀																		
	두 통																		
	진 전 (머리 흔들림)																		
	사 지 의 건 반 사 항 진																		
	오 심																		
	구 토																		
	복 통																		
	불 안																		
	홍 분																		
기 역 장 해																			
그 외 의 사 항																			
㉕ 혈 압																			
㉖ 혈 액 검 사	혈 액 소 량(mg/dl)																		
	전 혈 비 중(또는 헤마토크릿치)																		
	호염기성적혈구수(개/1,000)																		
	그 외 의 사 항																		
㉗ 뇨 검 사	코 프 로 폴 피 린																		
	그 외 의 사 항																		
참 고 사 항																			
처 치 및 주 의 사																			
의 사 의 서 명 날 인																			
질병구분	판정	소견 및 조치	<table border="1"> <tr> <td>의료기관</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">확 인</td> <td>보건관리자서명날인</td> <td></td> </tr> <tr> <td>서명날인</td> <td></td> <td></td> <td>사 업 주 서명날인</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>근 로 자 서명날인</td> <td></td> </tr> </table>	의료기관			확 인	보건관리자서명날인		서명날인			사 업 주 서명날인					근 로 자 서명날인	
의료기관			확 인	보건관리자서명날인															
서명날인				사 업 주 서명날인															
				근 로 자 서명날인															
일 반 병																			
직 업 병																			