

व्यावसायिक र पर्यावरण चिकित्सा विशेष स्वास्थ्यको कोरियन समाज

परीक्षाको संशोधित अंक

कम्पनी:

नाम:

※ चिकित्सा ईतिहासका प्रश्नहरू (बिरामीको ईतिहास, परिवारको ईतिहास)

※ कृपया तलका प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र अहिलेको अवस्थालाई [O] ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. के तपाईंमा तलका रोगको निदान (पहिचान) भएको वा हाल तपाईंले कुनै तलका रोगहरूको लागि औषधी सेवन गर्नुभएको छ?

रोग	आघात	मुटु रोग (रोधगलन / एनजाइना पेक्टोरिस)	उच्च रक्त चाप	मधुमेह	डिसलिपिडेमिया	क्षयरोग	अन्य (क्यान्सर समेत)
निदान							
चिकित्सा उपचार							

२. के तपाईंको आमा-बुबा, भाई वा दिदिबहिनि कसैको तलका मध्ये कुनै रोगबाट मृत्यु भएको छ?

रोग	आघात	मुटु रोग (रोधगलन / एनजाइना पेक्टोरिस)	उच्च रक्त चाप	मधुमेह	अन्य (क्यान्सर समेत)
छ					

३. के तपाईंलाई हेपेटाइटिस बी रोग लागेको छ? ① छ ② छैन ③ थाहा छैन

※ धूम्रपानसँग सम्बन्धित प्रश्नहरू

कृपया निम्न प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र तपाईंको हालको अवस्थालाई लागु हुने विवरणहरू भर्नुहोस् ।

४. के तपाईंले तपाईंको जीवनकालमा ५ प्याकेट (१०० खिल्ली) वा सोभन्दा बढी चुरोट (सिगार) पिउनु भएको छ?

① छैन (१ प्रश्न नं ५ मा जानुहोस्) ② छ (१ प्रश्न नं ४-१ मा जानुहोस्)

४-१. के तपाईं हाल चुरोट (सिगार) पिउनु हुन्छ ?

① हाल पिउछु	जम्मा _____ बर्ष	औसतमा दिनको _____ वटा चुरोट	
② पहिले पिउथे तर अहिले पिउदिन	जम्मा _____ बर्ष	पिउदा, औसतमा दिनको _____ वटा चुरोट	पिउन छोडेको _____ वर्ष पहिले

५. के तपाईले कहिल्यै चुरोट-प्रकारको विद्युतीय चुरोट (ई-सिगरेट) (हिटेड टोबाको: जस्तै, आईक्यूओएस (iQOS), ग्लो (glo) र लिल (lil)) पिउनु भएको छ?

- ① छैन (१ प्रश्न नं ६ मा जानुहोस्) ② छ (१ प्रश्न नं ५-१ मा जानुहोस्)

5-1. के तपाईं हाल चुरोट-प्रकारको ई-सिगरेट (हिटेड टोबाको) पिउनुहुन्छ ?

③ हाल पिउछु	जम्मा _____ बर्ष	औसतमा दिनको _____ वटा चुरोट	
④ पहिले पिउथे तर अहिले पिउदिन	जम्मा _____ बर्ष	पिउदा, औसतमा दिनको _____ वटा चुरोट	पिउन छोडेको _____ वर्ष पहिले

पृष्ठ २

६. के तपाईले कहिल्यै तरल विद्युतीय चुरोट (लिक्विड ई-सिगरेट) प्रयोग गर्नुभएको छ?

- ① छैन ② छ (१ प्रश्न नं ६-१ मा जानुहोस्)

६-१. के तपाईले पछिल्लो महिना कहिल्यै भेपिड गर्ने प्रयास गर्नुभयो?

- ① छैन ② महिनामा १-२ दिन ③ महिनामा ३-९ दिन ④ महिनामा १०-२९ दिन ⑤
प्रत्येक दिन

※ मध्यपानसँग सम्बन्धित प्रश्नहरू (गत वर्षकोलागि)

कृपया निम्न प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र तपाईंको हालको अवस्थसँग लागु हुने विवरणहरू भर्नुहोस् ।

७. तपाईं मदिरा कतिको सेवन गर्नुहुन्छ? (कृपया निम्न मध्ये कुनै एक जवाफ दिनुहोस्)

- ① हप्तामा () पटक ② महिनामा () पटक
② वर्षमा () पटक ④ म मदिरा सेवन गर्दिन

७-१. तपाईंले मदिरा सेवन गर्दा सामान्यतया दिनमा कति सेवन गर्नुहुन्छ?

* कृपया कुनै एक एकाइ (जस्तै, शट (ग्लास), बोतल, क्यान, वा सिसि) प्रयोग गरेर मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् । तपाईंले एक भन्दा धेरै मदिराको प्रकारहरू छनौट गर्न सक्नुहुन्छ । कृपया तपाईंले प्रति दिन पिउने कुल मदिराको मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् । यदि तपाईंले पिउने मदिरा निम्न विकल्पहरूमा नपरेमा कृपया एउटै वर्गमा पर्ने मदिराको प्रकार छनौट गर्नुहोस् ।

मदिराको प्रकार	शट (ग्लास)	बोतल	क्यान	सिसि
सोजु (छ्याड)				
बियर				
स्पिरिट्स (कडा प्रकारको मदिरा)				
माकगोली (चामलको वाइन)				
वाइन				

७-२. तपाईंले एक दिनमा सेवन गर्नुभएको मदिराको सबैभन्दा बढी मात्रा कति हो ?

* कृपया कुनै एक एकाइ (जस्तै, शट (ग्लास), बोतल, क्यान, वा सिसि) प्रयोग गरेर मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् । तपाईंले एक भन्दा धेरै मदिराको प्रकारहरू छनौट गर्न सक्नुहुनेछ । कृपया तपाईंले प्रति दिन सेवन गर्ने कुल मदिराको मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् । यदि तपाईंले सेवन गर्ने मदिरा निम्न विकल्पहरूमा नपरेमा कृपया एउटै वर्गमा पर्ने मदिराको प्रकार छनौट गर्नुहोस् । * अत्याधिक मदिरा सेवन: एक दिनमा सेवन गरिएको मदिराको अधिकतम मात्राको आधारमा मूल्याङ्कन गरिने ।

मदिराको प्रकार	शट (ग्लास)	बोतल	क्यान	सिसि
सोजु (छ्याड)				
बियर				
स्पिरिट्स (कडा प्रकारको मदिरा)				
माकगोली (चामलको वाइन)				
वाइन				

※ शारीरिक गतिविधि (व्यायाम)सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू

कृपया निम्न प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र तपाईंको हालको अवस्थालाई लागू हुने विवरणहरू भर्नुहोस् ।

८-१. तपाईं सामान्यतया हप्ताको कति दिन धेरै स्याँ स्याँ गराउने तीब्र खालको शारीरिक गतिविधि गर्नुहुन्छ ?

() दिन प्रति हप्ता

(जस्तै, दौडिने, एरोबिक्स गर्ने, छिटो छिटो साइकिलिड गर्ने, निर्माण सम्बन्धी कार्यमा श्रमिकको काम गर्ने, र सिँढि चढेर सामान बोक्ने)

८-२. तपाईं सामान्यतया दिनको कति घण्टा धेरै स्याँ स्याँ गराउने तीब्र खालको शारीरिक गतिविधि गर्नुहुन्छ ?

() घण्टा () मिनेट प्रति दिन

९-१. तपाईं सामान्यतया हप्ताको कति दिन थोरै स्याँ स्याँ गराउने मध्यम खालको शारीरिक गतिविधि गर्नुहुन्छ ?

() दिन प्रति हप्ता

(छिटोछिटो हिँड्ने, डबल टेनिश गेम, सामान्य गतिमा साइकिलिड गर्ने, हलुका वस्तुहरू बोक्ने, सरसफाई गर्ने आदिहरू पर्दछन् ।)

※ प्रश्न नं ८-१ र ८-२ को जवाफसँग सम्बन्धित शारीरिक गतिविधिहरू बाहेक

पृष्ठ ३

९-२. तपाईं सामान्यतया दिनको कति घण्टा थोरै स्याँ स्याँ गराउने मध्यम खालको शारीरिक गतिविधि गर्नुहुन्छ ?

() घण्टा () मिनेट प्रति दिन

१०. गएको पछिल्लो हप्ता, तपाईंले कति दिन ताकत बढाउने खालको तालिम, जस्तै पुश-अप, सिट-अप, डम्बेल, बारबेल, वा पुल-अप बारहरू उठाउने गर्नुभएको थियो?

() दिन प्रति हप्ता

※ लक्षित अङ्गहरूका सम्बन्धित लक्षण बारेमा प्रश्नहरू

११. कृपया विगत ६ महिना भित्र अनुभव गरिएका लक्षणहरूको सम्बन्धमा प्रतिक्रिया दिनुहोस् ।

शरिरका अंग	लक्षणहरू	तिब्रता		
		उच्च	मध्यम	कुनै नभएको
सामान्य	खाने ईच्छा नरहने, तौल घटेको			
	प्राय थाकेको अनुभव हुने			
	शरिरमा गाँठा भएको अनुभव हुने			
छाला	चिलाउने वा पोल्ने अनुभव			
	छालामा रातो दाग धब्बा			
	कपाल, हातका औलाका नंग वा खुट्टाका नंग परिवर्तन गरेको,			
	छाला रुखो र फुटेको			
आँखाहरू	आँखा चिलाउछ र प्राय आशु आईरहन्छ			
	दृष्टी बिग्रदैछ			
	आँखाहरू रातो हुन्छ र दुख्छ			
कानहरू	राम्ररी सुन्न सकिदैन			
	कान बजि रहन्छ			
नाक	लगातार रगत आईरहन्छ			
	सिंगान आईरहन्छ, गिलो हुन्छ			
	सुँगन कठिनाई छ			
मुख	गिजा रगताम्य हुन्छ वा नासुर घाउहरू छन्			
	स्वाद चारम्र कठिनाई छ			
पाचन प्रणाली	मैले पेट खोच्ने खालको दुखाई महशुस गरेको छु ।			
	मेरो मुखमा धातुको स्वाद छ			
	कब्जियत			
मुटु/श्वासप्रश्वास	काम गर्दा घबराहट हुन्छ			
	काम गर्दा खोकी लाग्ने र श्वासप्रश्वास बढ्ने			
	छातिको दबाव			
	खोकी हुने वा उठ्ने समयमा खकार थुक्नुपर्ने			
	बिदाबाट काममा फर्कदा खोकी लाग्ने			
ढाड/हातगोडा	हातहरू, खुट्टाहरू र काँध दुख्छन्			
	काप्ने वा कमजोर हात वा खुट्टाहरू			
	हात खुट्टाहरूले केही चाल नपाउने			
	चिसो हुँदा औलाहरू सेतो हुने			
	पछाडि दुख्ने			

शरिरका अंग	लक्षणहरु	तिब्रता		
		उच्च	मध्यम	कुनै नभएको
मानसिक/स्नायु प्रणाली	टाउको दुख्ने			
	रिंगटा लाग्ने			
	बिर्सने र खराब स्मृती			
	चिन्ता र बेचैनी हुने			
	टाउकोले केही थाहा नपाउने वा रक्सी खाएजस्तो हुने			
	ध्यान दिन खठिनाई			
मुत्राशय/प्रजनन	पिसाब फेर्न कठिनाई			
	शरिर सुन्निएको			
	महिनाबारी अनियमित			
	गर्भपतनको अनुभव भएको			

यदी तपाईंलाई अन्य कुनै लक्षण छन् भने, तलको भागमा बर्णन गर्नुहोस् ।

- *के तपाईंले कहिल्लै कामको समयमा स्वास्थ्य सम्बन्धी (शारिरिक समस्या)समस्या अनुभव गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन
- *के तपाईंलाई काममा चलाउने सामाग्रीको कारणले स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै समस्या छ जस्तो लाग्छ? ☐ छ ☐ छैन

डाक्टरको टिप्पणी	
------------------	--