

## HIỆP HỘI Y HỌC MÔI TRƯỜNG NGHỀ NGHIỆP HÀN QUỐC

### BẢNG CÂU HỎI KHÁM SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT PHIÊN BẢN MỚI

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

※ **NỘI DUNG TIỀN SỬ BỆNH (bệnh trước đây, bệnh của người trong gia đình).**

※ Hãy đọc câu hỏi sau và đánh dấu 'o' vào ô tương ứng với tình trạng hiện tại.

1. Bạn có đang bị **chẩn đoán mắc bệnh hoặc đang uống thuốc trị bệnh như sau** không?

Tên bệnh	Tai biến mạch máu não (trúng phong)	Bệnh tim (Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực)	Cao huyết áp	Tiểu đường	Bị cao mỡ máu	Lao phổi	Bệnh khác (bao gồm ung thư)
Chẩn đoán có bệnh hay không							
Có uống thuốc hay không							

2. Trong số **cha mẹ, anh em, chị em** có ai **bị bệnh hoặc chết vì các bệnh sau** không?

Tên bệnh	Tai biến mạch máu não (trúng phong)	Bệnh tim (Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực)	Cao huyết áp	Tiểu đường	Bệnh khác (bao gồm ung thư)
có					

3. Bạn đang có **mang vi rút viêm gan siêu vi B** không?

- ① có                      ② không                      ③ không biết

※ **Các câu hỏi liên quan đến hút thuốc**

Hãy đọc các câu hỏi bên dưới và điền câu trả lời theo trạng thái cơ thể hiện tại của bạn.

4. Đến hiện tại bạn đã hút tổng trên 5 gói thuốc lá (100 điếu) chưa?

- ① Chưa (☞ Hãy chuyển đến câu hỏi số 5)      ② Rồi (☞ Hãy chuyển đến câu hỏi 4-1)

4-1. Hiện tại bạn có đang hút thuốc lá (cigarette) hay không?

① Hiện tại đang hút	Tổng ____ năm	Ngày trung bình ____ điếu thuốc	
② Trước đây từng hút nhưng hiện tại thì	Tổng ____ năm	Trước đây, khi hút thuốc trung bình ngày ____ điếu	Dừng hút đã được ____ năm

không			
-------	--	--	--

5. Đến hiện tại, bạn đã từng hút thuốc lá điện tử dạng điều bao giờ chưa (thuốc lá nhiệt, IQOS, Glo, Lil v.v.)?

- ① Chưa (☞ Hãy chuyển đến câu hỏi số 6)    ② Rồi (☞ Hãy chuyển đến câu hỏi 5-1)

5-1. Hiện tại bạn có đang hút thuốc lá điện tử dạng điều (Thuốc lá nhiệt)?

① Hiện tại đang hút	Tổng ____ năm	Ngày trung bình ____ điều thuốc	
② Trước đây từng hút nhưng hiện tại thì không	Tổng ____ năm	Trước đây, khi hút thuốc trung bình ngày ____ điều	Dừng hút đã được ____ năm

6. Bạn đã từng sử dụng thuốc lá điện tử dạng lỏng hay chưa?

- ① Chưa    ② Rồi (☞ Hãy chuyển đến câu hỏi 6-1)

6-1. Một tháng gần đây, bạn có sử dụng thuốc lá điện tử dạng lỏng hay không?

- ① Không    ② Tháng 1~2 ngày    ③ Tháng 3~9 ngày    ④ Tháng 10~29 ngày    ⑤ Hàng ngày

### ※ Câu hỏi liên quan đến uống rượu (trong 1 năm qua)

Hãy đọc các câu hỏi bên dưới và điền câu trả lời theo tình hình hiện tại của bản thân.

7. Bạn có thường xuyên uống rượu không? (Chỉ trả lời 1 đáp án)

- ① Mỗi tuần (      ) lần    ② Mỗi tháng (      ) lần  
 ③ Một năm (      ) lần    ④ Không uống rượu.

7-1. Bạn thường uống bao nhiêu rượu trong ngày bạn uống?

\* Chỉ được điền vào một trong các lựa chọn sau "Chén" hoặc "Chai" hoặc "Lon" (Các loại rượu có thể trả lời nhiều lần, tính tổng lượng uống trong một ngày cộng lại, với các loại rượu khác hãy biểu thị bằng loại rượu tương tự)

Loại rượu	Chén	Chai	Lon	CC
Soju				
Bia				
Rượu tây				
Makgeolli				
Rượu vang				

7-2. Bạn đã uống bao nhiêu rượu trong ngày bạn uống nhiều nhất?

\* Chỉ được điền vào một trong các lựa chọn sau "Chén" hoặc "Chai" hoặc "Lon" (Các loại rượu có thể trả lời nhiều lần, tính tổng lượng uống trong một ngày cộng lại, với các loại rượu khác hãy biểu thị bằng loại rượu tương tự) \* Quá chén: Đánh giá lượng rượu tối đa trong một ngày

Loại rượu	Chén	Chai	Lon	CC
Soju				
Bia				
Rượu tây				
Makgeolli				
Rượu vang				

### ※ Câu hỏi liên quan hoạt động thân thể (thể thao)

Hãy đọc các câu hỏi bên dưới và điền câu trả lời theo tình hình hiện tại của bản thân.

8-1. Trong một tuần, bạn thường hoạt động thể lực cường độ cao khiến bạn thở mạnh là bao nhiêu ngày?

Mỗi tuần (      ) ngày

(Ví dụ: Chạy bộ, aerobic, đạp xe với tốc độ cao, lao động xây dựng, vận chuyển đồ đạc bằng cầu thang bộ v.v.)

8-2. Trong một ngày, bạn thường hoạt động thể lực cường độ cao khiến bạn thở mạnh là bao nhiêu giờ?

Mỗi ngày (        ) giờ (        ) phút

9-1. Trong một tuần, bạn thường hoạt động thể lực cường độ trung bình khiến bạn hơi thở dốc là bao nhiêu ngày?

Mỗi tuần (        ) ngày

(Ví dụ: Đi bộ nhanh, đánh quần vợt đôi, đi xe đạp với tốc độ bình thường, chuyển các vật nhẹ, dọn dẹp, v.v.)

※ Trừ các hoạt động thể thao liên quan đến câu trả lời 8-1, 8-2

9-2. Trong một ngày, bạn thường hoạt động thể lực cường độ trung bình khiến bạn hơi thở dốc là bao nhiêu giờ?

Mỗi ngày (        ) giờ (        ) phút

10. Trong 1 tuần gần đây, có bao nhiêu ngày bạn tập các bài tập cơ như chống đẩy, gập bụng, nâng tạ, đẩy tạ, xà đơn v.v?

Mỗi tuần (        ) ngày

### ※ CÂU HỎI TRIỆU CHỨNG Ở CÁC CƠ QUAN

11. Hãy trả lời về triệu chứng có trong 6 tháng vừa qua.

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Nặng	Nhẹ	Không có
Tổng quát	Biếng ăn, giảm cân			
	Cảm thấy mệt mỏi nhiều			
	Sờ thấy có khối u ở một nơi nào đó của cơ thể.			
Da	Ngứa da có viêm nhiễm			
	Nổi nốt đỏ ở da			
	Có khác lạ ở lông, móng tay, móng chân			
	Da bị sần xùi hoặc nứt nẻ			
Mắt	Cay mắt hoặc thường chảy nước mắt			
	Thị lực kém đi so với lúc trước			
	Mắt bị đỏ xung huyết hoặc đau			
Lỗ tai	Không nghe rõ lời nói			
	Trong lỗ tai có tiếng vo ve			

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Nặng	Nhẹ	Không có
Mũi	Thường chảy máu mũi			
	Chảy nước mũi và thấy nghẹt nghẹt ở mũi			
	Không ngửi được mùi			
Miệng	Chảy máu lợi răng hoặc lợi răng yếu			
	Không cảm nhận được vị			
Hệ tiêu hóa	Có bị thốn thốn trong bụng hoặc đau			
	Cảm thấy mùi kim loại trong miệng			
	Có táo bón			
Tim mạch / Hô hấp	Đang làm việc cảm thấy đánh trống ngực			
	Đang làm việc bị ho và khó thở			
	Cảm thấy bức bối trong lòng ngực			
	Sáng lúc thức dậy có đàm hoặc ho.			
	Sau khi nghỉ một ngày đi làm lại bị ho			
Xương sống / Tứ chi	Đau nhức hoặc đau cánh tay, chân, vai			
	Run bàn tay, chân, hoặc yếu.			
	Cảm giác ở tay chân không còn nhạy bén			
	Ngón tay trắng bệch khi lạnh			
	Đau lưng			

Bộ phận cơ thể	Câu hỏi triệu chứng	Triệu chứng		
		Nặng	Nhẹ	Không có
Tinh thần / Thần kinh	Nhức đầu			
	Chóng mặt			
	Trí nhớ bị giảm, đãng trí nặng thêm			
	Bất an, hồi hộp			
	Thần thờ thừ ra hoặc như say rượu			
	Khó tập trung tinh thần			
Tiết niệu / Cơ quan sinh sản	Tiểu khó			
	Phù cơ thể			
	Chu kỳ kinh không đều			
	Có sảy thai tự nhiên			

Trường hợp có triệu chứng khác trên thì hãy viết vào đây.

\* Bạn đã từng cảm thấy sức khỏe có vấn đề (cơ thể bất thường ) trong khi đang làm việc không? ☐ có ☐ không

\* Bạn có nghĩ là sức khỏe có vấn đề do vật liệu dùng trong khi làm việc? ☐ có ☐ không

Ý kiến	
--------	--