

大韩职业环境医学会特殊健康诊断问诊表修订版

单位：

姓名：

※ 病历(过去病历、家庭病历)相关问项

※ 仔细读完下列问项后，请在相当于**现在状态**的内容做“○”标记。

1. 有没有因下列疾病而**接受过诊断或正在接受药物治疗**？

病名	脑溢血 (中风)	心脏病 (心肌梗塞/ 心绞痛)	高血压	糖尿病	血脂 异常	肺结核	其它 (包括癌症)
诊断与否							
药物治疗与否							

2. 父母、兄弟、姐妹中有没有患过下列疾病或因这些疾病而死亡的人？

病名	脑溢血 (中风)	心脏病 (心肌梗塞/ 心绞痛)	高血压	糖尿病	其它 (包括癌症)
有					

3. 是不是**乙肝病毒携带者**？ ① 是 ② 不是 ③ 不清楚

※ 吸烟相关问项

仔细读完下列问项后，请填写**符合自己现在状态**的内容。

4. 迄今为止有没有吸过5盒（100根）以上的普通香烟（卷烟）？

① 没有（☞ 请转到5号问项。） ② 有（☞ 请转到4-1号问项。）

4-1. 现在是不是在吸普通香烟（卷烟）？

① 现在吸。	共_____年	一天平均_____根	
② 过去吸过，现在戒了。	共_____年	吸烟时一天平均_____根	戒烟_____年

5. 迄今为止有没有吸过卷烟型电子烟（加热烟，例）iQOS、GLO、LIL等）？

① 没有（☞ 请转到6号问项。） ② 有（☞ 请转到5-1号问项。）

5-1. 现在是不是在吸卷烟型电子烟（加热烟）？

① 现在吸。	共_____年	一天平均_____根	
② 过去吸过，现在戒了。	共_____年	吸烟时一天平均_____根	戒烟_____年

6. 您有没有吸过液体电子烟？

① 没有 ② 有（☞ 请转到6-1号问项。）

6-1. 您在最近一个月內有没有吸过液体电子烟？

- ① 没有 ② 每月1-2天 ③ 每月3-9天 ④ 每月 10-29天 ⑤ 每天

※ 饮酒相关问项（过去一年內）

仔细读完下列问项后，请填写**符合自己现在状态**的内容。

7. 您喝酒的次数是？（只回答一个）

- ① 每周（ ）次 ② 每月（ ）次
③ 每年（ ）次 ④ 不喝酒。

7-1. 喝酒时通常喝多少？

*请在杯、瓶、罐或cc中只填写一个。（酒类可以复选，填写一天喝酒的合计总量，其它酒类则在类似的酒类上标记即可。）

酒类	杯	瓶	罐	cc
烧酒				
啤酒				
洋酒				
米酒				
红酒				

7-2. 一天內喝得最多的时候饮酒量是多少？

*请在杯、瓶、罐或cc中只填写一个。（酒类可以复选，填写一天喝酒的合计总量，其它酒类则在类似的酒类上标记即可。）*酌

酒：以一天內最大饮酒量进行判断。

酒类	杯	瓶	罐	cc
烧酒				
啤酒				
洋酒				
米酒				
红酒				

※ 身体活动(运动)相关问项

仔细读完下列问项后，请填写**符合自己现在状态**的内容。

8-1. 平时一周內做多少次让人喘不过气来的高强度身体活动？

每周（ ）天

（例如：跑步、有氧健身操、快速骑自行车、建筑现场劳动、爬楼梯搬东西等）

8-2. 平时每天做多长时间让人喘不过气来的高强度身体活动？

每天（ ）小时（ ）分钟

9-1. 平时一周內做多少次让人略感喘气困难的中强度身体活动？

每周（ ）天

（例如：快步走、网球双打、普通速度骑自行车、搬运轻物、打扫等）

※ 不包括与8-1、8-2回答相关的身体活动。

9-2. 平时每天做多长时间让人略感喘气困难的中强度身体活动？

每天（ ）小时（ ）分钟

10. 最近一周内做过俯卧撑、仰卧起坐、哑铃、杠铃、单杠等肌肉运动的天数是？

每周（ ）天

※ 身体各部位症状相关问项

7. 请回答最近六个月内出现过的症状。

身体部位	症状问项	症状		
		严重	有些严重	没有
一般	食欲不振，体重减少。			
	经常感觉很疲劳。			
	在身体的某个部位能摸到硬块。			
皮肤	皮肤瘙痒或有炎症。			
	皮肤上有斑点。			
	体毛或手指甲、脚趾甲出现变化。			
	皮肤变粗糙或开裂。			
眼	眼睛发酸或经常流眼泪。			
	视力比以前下降。			
	眼睛充血或疼痛。			
耳	听不清别人说话。			
	有耳鸣。			
鼻	经常流鼻血。			
	流鼻涕，鼻塞。			
	嗅觉不灵敏。			
口	牙龈出血或溃烂。			
	味觉不灵敏。			
消化系统	有过肚子刺痛的症状。			
	嘴里有舔金属般的味道。			
	有便秘。			
心血管/ 呼吸系统	工作时心悸。			
	工作时咳嗽、气喘。			
	胸口发闷。			
	早晨起床时咳痰或咳嗽。			
	休息第二天上班时咳嗽。			
脊椎	手臂、腿、肩酸痛。			

身体 部位 / 四肢	症状问项	症状		
		严重	有些严重	没有
	手脚颤抖或感到无力。			
	手脚感觉迟钝。			
	手指遇冷变白。			
	腰痛。			

身体 部位	症状问项	症状		
		严重	有些严重	没有
精神 / 神经	头痛。			
	头晕。			
	记忆力减退或健忘症加重。			
	感到焦躁不安。			
	提不起精神或有醉酒的感觉。			
	注意力不集中。			
泌尿 / 生殖	小便不畅。			
	身体浮肿。			
	月经不调。			
	有过自然流产的经历。			

如有其它症状，请填写在下栏里。

* 工作时有没有感觉到健康出现了问题(身体异常)?

☐ 有 ☐ 没有

* 您是不是认为因工作时接触的物质而出现了健康问题?

☐ 是 ☐ 不是

医生 意见	
----------	--