

夜班 - 暴露评估

单位:

姓名:

* 如有过去患过的疾病，请填写在下栏里。

* 仔细读完下列提问后，请在最恰当的地方做V标记。

如果是安排夜班以前的检查，则根据现在岗位上最近的夜班填写，如果没有加过夜班，那么对今后要从事的夜班请在自己所了解的范围内进行回答。

（因夜班不规则而无法确定是否属于特殊健康诊断对象时，在安排夜班以前不实施健康诊断，如过6个月以后在有害因素中包括夜班时，则在安排夜班以后实施健康诊断。）

1. 迄今为止包括上夜班在内从事倒班工作的期间为？

☐ 五年以下

☐ 五至九年

☐ 十至十四年

☐ 十五至十九年

☐ 二十年以上

☐ 没有相关内容

2. 请标出在现单位的工作状态。

☐ 三倒班

☐ 两倒班

☐ 隔日制(二十小时)

☐ 固定夜班

☐ 其它(不规则等)

3. 您的换班日程是不是属于有规则循环的工作日程？

☐ 是 (↩ 转到3-1号)

☐ 不是 (↩ 转到4号)

3-1. 您的换班是不是属于上午班 → 下午班 → 夜班的顺序轮换的正向倒班？

☐ 是

☐ 不是

4. 下班后再到下一个上班之间有多长时间？

☐ 十一小时以上

☐ 十一小时以下

5 过去一年连续上夜班的天数通常有多少天？

☐ 没有连续夜班

☐ 两天

☐ 三天

☐ 四天

☐ 五天以上

6. 与白班相比，上夜班时的工作量和休息时间有什么不同？

1) 工作量：与白班相比

☐ 差不多

☐ 更少

☐ 更多

2) 休息时间：与白班相比

☐ 差不多

☐ 更少

☐ 更多

7. 上夜班时是不是自己单独工作？

☐ 是

☐ 不是

8. 上夜班时是不是允许下列事项？

夜班中睡眠时间	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有
休息室	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有
供餐/夜宵/零食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有
调整夜班日程	<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以

9. 每星期平均工作时间为多长时间？

☐ 四十小时以下

☐ 四十小时

☐ 四十一至五十一小时

☐ 五十二至五十九小时

☐ 六十小时以上

夜班 - 睡眠障碍(失眠症指数)

单位:

姓名:

* 如有过去患过的疾病，请填写在下栏里。

* 仔细读完下列提问后，请在最恰当的地方做V标记。

1-3. 请标出最近两周内下列各项问题的严重程度。

	有	略微	中间	严重	非常严重
1. 入睡困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 无法熟睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 容易睡醒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 您对自己现在睡眠情况的满意程度是？

☐ 非常满意 ☐ 稍感满意 ☐ 一般 ☐ 稍不满意 ☐ 非常不满意

5. 认为睡眠障碍对您白天的活动影响有多大？

(白天疲倦，在单位工作或做家务时的能力、集中力、记忆力、气氛等)

☐ 没有什么影响 ☐ 略微影响 ☐ 有些影响 ☐ 相当影响 ☐ 影响很大

6. 您周围的人是不是认为您的生活质量因睡眠问题而降低？

☐ 完全没有 ☐ 略有 ☐ 有些 ☐ 相当 ☐ 非常多

7. 您对自己现在睡眠问题的担心程度是？

☐ 毫不担心 ☐ 稍微担心 ☐ 有些担心 ☐ 相当担心 ☐ 非常担心

夜班 - 睡眠障碍(白天嗜睡症)

单位:

姓名:

* 如有过去患过的疾病，请填写在下栏里。

* 仔细读完下列提问后，请在最恰当的地方做V标记。

	一点儿也不困	稍微犯困	相当犯困	非常严重犯困
1. 坐着读书时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 看电视时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在剧场或会场等公共场所静坐时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 连续乘坐一个小时公交车或出租车时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 午休时间平躺着时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 坐着和别人谈话时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 午餐后静坐时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 驾车过程中因交通堵塞要停车几分钟时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

夜班 - 睡眠障碍(睡眠质量)

单位:

姓名:

* 如有过去患过的疾病，请填写在下栏里。

* 仔细读完下列提问后，请在最恰当的地方做V标记。

1-4. 关于过去一个月内上夜班时的睡眠，请回答下列各项提问。

1. 几点上床入睡？()点 ()分
2. 上床后到完全入睡需要多长时间？()小时 ()分钟
3. 几点起床？()点 ()分
4. 实际睡了多长时间？()小时 ()分钟

5. 过去一个月内因下列原因入睡困难的情况发生过多少次？

	没有	每星期一次以下	每星期一至两次	每星期三次以上
因半个小时内未能入睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因睡觉途中睡醒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因起来去卫生间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因上床后呼吸不畅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因打鼾或咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感觉发冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感到发热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因做噩梦或令人不愉快的梦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因感到疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
因其它理由 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 如何评价过去一个月期间的睡眠质量？

- ☐ 很好
- ☐ 还可以
- ☐ 不太好
- ☐ 很不好

7. 过去一个月期间有没有为入睡而经常服药(安眠药)？

- ☐ 没有
- ☐ 每星期一次以下
- ☐ 每星期一至两次
- ☐ 每星期三次以上

8. 过去一个月内在驾车或用餐或在参加社会活动时有过多少次因犯困而难以保持清醒的情况？

- ☐ 没有
- ☐ 每星期一次以下
- ☐ 每星期一至两次
- ☐ 每星期三次以上

9. 过去一个月期间在从事工作时有没有感觉到累？

- ☐ 完全没有
- ☐ 不怎么累
- ☐ 有点儿累
- ☐ 非常累

夜班 - 胃肠疾病

单位:

姓名:

* 如有过去患过的疾病, 请填写在下栏里。

--

* 仔细读完下列提问后, 请在最恰当的地方做V标记。

- | |
|--|
| <p>1. 最近三个月内吃完一份饭以后是不是经常感觉到过度的饱满感?</p> <p><input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 一个月一天以下 <input type="checkbox"/> 一个月一天 <input type="checkbox"/> 一个月两至三天</p> <p><input type="checkbox"/> 一星期一天 <input type="checkbox"/> 一星期两天以上 <input type="checkbox"/> 几乎每天</p> <p>2. 是不是从六个月以前开始就有过吃晚饭(过度的)饱满感?</p> <p><input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>3. 最近三个月内是不是经常发生吃不完一份饭的情况?</p> <p><input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 一个月一天以下 <input type="checkbox"/> 一个月一天 <input type="checkbox"/> 一个月两至三天</p> <p><input type="checkbox"/> 一星期一天 <input type="checkbox"/> 一星期两天以上 <input type="checkbox"/> 几乎每天</p> <p>4. 是不是连续六个月以上发生过吃不完一份饭的情况?</p> <p><input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>5. 最近三个月内是不是经常出现腹部中间部位(不是胸口而是肚脐眼上面)感到疼痛或刺痛(火辣感)的症状?</p> <p><input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 一个月一天以下 <input type="checkbox"/> 一个月一天 <input type="checkbox"/> 一个月两至三天</p> <p><input type="checkbox"/> 一星期一天 <input type="checkbox"/> 一星期两天以上 <input type="checkbox"/> 几乎每天</p> <p>6. 是不是从六个月以前开始就已出现过腹部疼痛或刺痛(火辣感)的症状?</p> <p><input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是</p> |
|--|

夜班 - 乳腺癌

单位：

姓名：

* 如有过去患过的疾病，请填写在下栏里。

--

* 仔细读完下列提问后，请在最恰当的地方做V标记。

1. 韩国建议的乳腺癌早期诊断周期如下。迄今为止您是否施行过符合您年龄的早期诊断？

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 30岁以后：每月自我诊断- 35岁以后：每隔两年医生诊断- 40岁以后：每隔一至两年医生诊断和乳房摄影 |
|---|

- ☐ 几乎没做过。
- ☐ 做过几次。
- ☐ 几乎每次都遵守。

2. 请标出您现在所有的症状。

- ☐ 在乳房能摸到肿块(硬块)。
- ☐ 乳头挤出分泌物。
- ☐ 乳头溃烂或凹陷。
- ☐ 没有症状。

3. 最近一年内是不是拍过乳房X线或接受过乳房超声检查？

- ☐ 没有 ☐ 有