

Kuisiонер Pemeriksaan Kesehatan Khusus
Masyarakat Kedokteran Okupasi dan Ekologi Korea
(Korean Society of Occupational and Environmental Medicine)

Nama Perusahaan :
Nama :

※ **Pertanyaan terkait riwayat kesehatan (riwayat pasien dan riwayat keluarga)**
※ Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada kolom yang sesuai.

1. Apakah Anda **pernah didiagnosis** atau **sedang menjalani pengobatan** penyakit-penyakit dibawah ini?

Penyakit	Stroke	Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris)	Tekanan Darah Tinggi	Diabetes	Dyslipidemia	Tuberkulosis	Lainnya (termasuk kanker)
Diagnosis							
Perawatan Medis							

2. Apakah ada **keluarga, kakak laki-laki atau kakak perempuan** Anda yang **meninggal karena penyakit-penyakit** berikut?

Penyakit	Stroke	Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris)	Tekanan Darah Tinggi	Diabetes	Lainnya (termasuk kanker)
Ya					

3. Apakah Anda adalah carrier **virus hepatitis B**? ① Ya ② Tidak ③ Tidak tahu

※ **Pertanyaan terkait merokok**

Silakan membaca pertanyaan berikut dan diisi sesuai dengan status Anda saat ini
4. Apakah Anda pernah merokok sebanyak lima bungkus (100 batang rokok) atau lebih selama hidup Anda?
① Tidak (➡ Lanjut ke Pertanyaan 5) ② Ya (➡ Lanjut ke Pertanyaan 4-1)

4-1. Apakah Anda masih merokok?

① Ya, masih merokok	Total _____ tahun	Rata-rata _____ batang rokok per hari	
② Ya, tetapi saya sudah berhenti merokok	Total _____ tahun	Ketika masih merokok, rata-rata _____ batang rokok per hari	Telah berhenti merokok _____ tahun yang lalu

5. Apakah Anda pernah merokok rokok tipe elektrik (tembakau yang dipanaskan, contohnya: iQOS, glo, dan lil)?

- ① Tidak (👉 Lanjut ke Pertanyaan 6) ② Ya (👉 Lanjut ke Pertanyaan 5-1)

5-1. Apakah Anda masih merokok rokok tipe elektrik (tembakau yang dipanaskan)?

③ Ya, masih merokok	Total _____ tahun	Rata-rata _____ batang rokok per hari	
④ Ya, tetapi saya sudah berhenti merokok	Total _____ tahun	Ketika masih merokok, rata-rata _____ batang rokok per hari	Telah berhenti merokok _____ tahun yang lalu

6. Apakah Anda pernah menggunakan rokok elektrik cair?

- ① Tidak ② Ya (👉 Lanjut ke Pertanyaan 6-1)

6-1. Apakah Anda pernah menggunakan vape beberapa bulan terakhir ini?

- ① Tidak ② 1-2 hari per bulan ③ 3-9 hari per bulan ④ 10-29 hari per bulan ⑤ Setiap hari

※ **Pertanyaan terkait alkohol (selama beberapa tahun terakhir)**

Silakan membaca pertanyaan berikut dan diisi sesuai dengan status Anda saat ini

7. Seberapa sering Anda meminum alkohol? (Mohon pilih salah satu)

- ① () kali per minggu
- ② () kali per bulan
- ② () kali per tahun
- ④ Tidak pernah minum alkohol

7-1. Saat Anda minum, berapa banyak Anda minum dalam sehari?

* Harap berikan jumlah dengan menggunakan salah satu unit (contohnya, gelas, botol, kaleng, atau cc). Anda dapat memilih beberapa jenis alkohol. Harap berikan jumlah total yang Anda konsumsi per hari. Jika Anda minum alkohol yang tidak termasuk dalam salah satu pilihan berikut, silahkan pilih jenis alkohol yang termasuk dalam kategori yang sama.

Tipe Alkohol	Gelas	Botol	Kaleng	Cc
Soju				
Bir / Beer				
Spirits				
Makgeolli				
Wine				

7-2. Seberapa banyak jumlah alkohol yang Anda konsumsi dalam satu hari?

* Harap berikan jumlah dengan menggunakan salah satu unit (contohnya, gelas, botol, kaleng, atau cc). Anda dapat memilih beberapa jenis alkohol. Harap berikan jumlah total yang Anda konsumsi per hari. Jika Anda minum alkohol yang tidak termasuk dalam salah satu pilihan berikut, silahkan pilih jenis alkohol yang termasuk dalam kategori yang sama. * Pesta minum: Dilihat dari jumlah maksimum alkohol yang dikonsumsi dalam satu hari.

Tipe Alkohol	Gelas	Botol	Kaleng	Cc
Soju				
Bir / Beer				
Spirits				
Makgeolli				
Wine				

※ **Pertanyaan terkait aktivitas fisik (olahraga)**

Silakan membaca pertanyaan berikut dan diisi sesuai dengan status Anda saat ini

8-1. Berapa hari dalam seminggu Anda melakukan aktivitas fisik dengan intensitas tinggi yang membuat Anda bernafas lebih cepat?

() hari per minggu

(Contoh: berlari, aerobik, bersepeda cepat, pekerjaan konstruksi dan membawa barang-barang menaiki tangga)

8-2. Berapa jam dalam sehari Anda melakukan aktivitas fisik dengan intensitas tinggi yang membuat Anda bernafas lebih cepat?

() jam () menit per hari

9-1. Berapa hari dalam seminggu Anda melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang membuat Anda bernafas lebih cepat?

() hari per minggu

(Contoh: jalan cepat, bermain tenis, bersepeda, membawa benda ringan dan bersih-bersih)

※Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan jawaban pada pertanyaan nomor 8-1 dan 8-2.

9-2. Berapa jam dalam sehari Anda melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang membuat Anda bernafas lebih cepat?

() jam () menit per hari

10. Dalam beberapa minggu terakhir, berapa hari Anda melakukan latihan kekuatan, seperti push-up, sit-up, dumbbell, barbel atau pull-up bar?

() hari per minggu

※ **Pertanyaan terkait gejala yang berhubungan dengan organ tubuh**

11. Isilah tabel dibawah ini berdasarkan gejala-gejala yang Anda alami selama enam bulan terakhir.

Bagian Tubuh	Gejala-gejala	Intensitas		
		Tinggi	Sedang	Tidak pernah
Umum	Kehilangan nafsu makan dan berat badan			
	Sering merasa lelah			
	Merasa ada benjolan di tubuh			
Kulit	Merasa gatal atau radang			
	Ruam kulit			
	Perubahan pada rambut, kuku tangan, atau kuku kaki			
	Kulit menjadi kasar dan pecah-pecah			
Mata	Mata iritasi dan sering mengeluarkan air mata			
	Penglihatan memburuk			
	Mata merah atau terluka			
Telinga	Tidak bisa mendengar dengan jelas			
	Telinga berdengung			
Hidung	Sering mimisan			
	Hidung gatal atau pilek			
	Kesulitan mencium bau			
Mulut	Gusi berdarah atau sariawan			
	Kesulitan mengecap rasa			
Pencernaan	Perut seperti ditusuk-tusuk			
	Rasa pahit di mulut			
	Konstipasi			
Kardiovaskular/ Pernafasan	Jantung berdebar-debar saat bekerja			
	Batuk dan nafas pendek saat bekerja			
	Sesak dada			
	Batuk berdahak saat bangun tidur			
	Batuk saat kembali bekerja setelah liburan			
Tulang/Tungkai	Sakit lengan, kaki, dan bahu			
	Tangan dan kaki bergetar atau lemas			
	Tangan dan kaki terasa kaku			
	Jari-jari tangan menjadi putih saat kedinginan			
	Sakit punggung			

Bagian Tubuh	Gejala-gejala	Intensitas		
		Tinggi	Sedang	Tidak pernah
Sistem Mental/Jaringan	Sakit kepala			
	Pusing			
	Ingatan memburuk dan sering lupa			
	Merasa cemas dan tidak tenang			
	Kepala terasa kaku atau terasa seperti mabuk			
	Kesulitan dalam berkonsentrasi			
Saluran Urin/Alat Reproduksi	Kesulitan saat kencing			
	Pembengkakan tubuh			
	Menstruasi tidak teratur			
	Mengalami keguguran			

Jika Anda mengalami gejala-gejala lain, deskripsikan gejala-gejala tersebut pada kotak di bawah ini.

- * Apakah Anda pernah mengalami masalah kesehatan (masalah fisik) selama bekerja?

☐ Ya

☐ Tidak
- * Menurut Anda, apakah Anda memiliki masalah kesehatan karena bahan-bahan/barang-barang yang Anda gunakan saat bekerja?

☐ Ya

☐ Tidak

Komentar Dokter	
-----------------	--