

근골격계질환 유해요인조사표

산업안전보건기준에 관한 규칙 제657조 관련

1. 조사 개요 및 작업자 정보

조사 일자		조사자	주식회사 강화이앤씨
소속(팀)	주식회사 강화이앤씨	성명	
담당 공정		현장명	
작업 내용			
하루 작업시간	<input type="checkbox"/> 2시간 미만 <input type="checkbox"/> 2~4시간 <input type="checkbox"/> 4시간 이상	근속연수	<input type="checkbox"/> 1년 미만 <input type="checkbox"/> 1년 이상

2. 작업 유해요인 평가 (해당하는 항목에 체크 'V')

구분	유해요인 점검 항목	해당 여부
반복동작	목, 어깨, 팔꿈치, 손목 또는 손가락을 사용하여 같은 동작을 반복합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	분당 2회 이상 또는 하루 총 2시간 이상 반복적인 작업을 수행합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
부적절한 자세	허리를 비틀거나, 구부리거나, 뒤로 젖히는 자세가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	팔을 어깨 위로 들어 올리거나, 목을 숙이거나 젖힌 상태로 작업합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
과도한 힘 & 중량물	5kg 이상의 중량물을 들거나, 밀거나, 당기는 작업이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	손이나 손가락으로 물건을 강하게 쥐거나 잡는 동작이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접촉/진동	신체 부위가 딱딱한 면에 눌리거나, 진동 공구(임팩트, 드릴 등)를 사용합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

3. 근골격계질환 자각 증상 조사

※ 지난 1년 동안 작업과 관련하여 통증, 수심, 저림 등의 증상을 느낀 부위에 표시해주십시오.

신체 부위	통증 유무	통증의 빈도	통증의 강도 (0:없음 ~ 10:극심함)
목 (Neck)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)
어깨 (Shoulder)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)
팔/팔꿈치 (Arm)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)
손/손목 (Wrist)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)
허리 (Back)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)
다리/발 (Leg)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 약(1~3) <input type="checkbox"/> 중(4~6) <input type="checkbox"/> 강(7~)

4. 종합 의견 및 개선 조치사항 (조사자 작성)

유해요인 평가	<input type="checkbox"/> 양호 (현재 상태 유지) <input type="checkbox"/> 주의 (관찰 및 상담 필요) <input type="checkbox"/> 위험 (즉시 개선 필요) 개선 대책 및 건의사항
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------