

야간작업 종사자 문진표(1차)

사업장명	주민번호	성명
------	------	----

배치 전 검진인 경우 현재 직장에서 가장 최근의 야간작업에 준하여 작성하고, 야간작업을 한 적이 없다면 앞으로 종사할 야간작업에 대하여 아는 한도 내에서 답하여 주십시오. (야간작업이 불규칙하여 특수건강진단 대상인자가 불확실할 경우에는 배치전 건강진단을 실시하지 않으며, 6개월 후 유해인자로서 야간작업이 해당될 경우 배치 후 건강진단을 실시합니다)

>> 노 출 평 가

과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오. 없음

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까?

- 5년 미만 5~9년
 10~14년 15~19년
 20년 이상

2. 현 직장에서의 근무형태를 표기해주시기 바랍니다.

- 3교대 2교대
 격일제(24시간) 고정 야간근무
 기타(불규칙 등)

3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무 일정입니까?

- 예 (≒3-1번으로) 아니오 (≒4번으로)

3-1. 귀하의 교대근무는 오전근무→저녁근무→야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까?

- 예 아니오

4. 퇴근이후 다음 출근 때까지의 시간은 어떠합니까?

- 11시간 이상이다 11시간 미만이다

5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까?

- 연속 야간작업 없음
 2일 3일
 4일 5일 이상

6. 야간작업의 업무량과 휴식시간은 주간작업과 비교하여 어떠합니까?

- 1) 업무량 : 주간근무와 비교하여
- 비슷하다 더 적다 더 많다
- 2) 휴식시간 : 주간근무와 비교하여
- 비슷하다 더 적다 더 많다

7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?

- 예 아니오

8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

- 야간근무 중 수면시간 --- 있다 없다
 휴게실 ----- 있다 없다
 식사/야식/간식 ----- 있다 없다
 야간근무 일정 조정 ----- 가능하다 불가능하다

9. 일주일 평균 근로시간은 몇 시간입니까?

- 40시간 미만 40시간
 41~51시간 52~59시간
 60시간 이상

>> 수 면 장 애 (불면증지수)

과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오. 없음

1~3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주십시오.

	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠들기 어렵다	<input type="checkbox"/>				
2. 잠을 유지하기 어렵다	<input type="checkbox"/>				
3. 너무 일찍 깬다	<input type="checkbox"/>				

4. 현재 수면양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?

- 매우 만족 약간 만족 그저 그렇다
 약간 불만족 매우 불만족

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각합니까?

- (활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)
- 전혀 방해되지 않는다 약간
 중간 심하게 매우 심하게

6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?

- 전혀 그렇지 않다 약간
 중간 심하게 매우 심하게

7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?

- 전혀 걱정하지 않는다 약간
 중간 심하게 매우 심하게

» 위 장 관 질 환

과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오. □ 없음

1. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?

<input type="checkbox"/> 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1개월 하루 미만
<input type="checkbox"/> 1개월에 하루	<input type="checkbox"/> 1개월에 2~3일
<input type="checkbox"/> 1주일에 하루	<input type="checkbox"/> 1주일에 2일 이상
<input type="checkbox"/> 거의 매일	

2. 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있어왔습니까?

<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예
------------------------------	----------------------------

3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1개월 하루 미만
<input type="checkbox"/> 1개월에 하루	<input type="checkbox"/> 1개월에 2~3일
<input type="checkbox"/> 1주일에 하루	<input type="checkbox"/> 1주일에 2일 이상
<input type="checkbox"/> 거의 매일	

4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예
------------------------------	----------------------------

5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의(가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 얼마나 자주 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1개월 하루 미만
<input type="checkbox"/> 1개월에 하루	<input type="checkbox"/> 1개월에 2~3일
<input type="checkbox"/> 1주일에 하루	<input type="checkbox"/> 1주일에 2일 이상
<input type="checkbox"/> 거의 매일	

6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는) 증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?

<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예
------------------------------	----------------------------

» 유 방 암

과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오. □ 없음

1. 우리나라에서 권고하고 있는 유방암의 조기검진주기는 아래와 같습니다. 귀하는 지금까지 귀하의 연령에 맞는 조기검진을 시행하였습니까?

- 30세 이후 : 매월 자가진단
 - 35세 이후 : 2년 간격으로 의사 진찰
 - 40세 이후 : 1~2년 간격으로 의사 진찰과 유방촬영

<input type="checkbox"/> 거의 한 적이 없다
<input type="checkbox"/> 몇 번은 한 적이 있다
<input type="checkbox"/> 거의 매번 지켰다

2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.

<input type="checkbox"/> 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다
<input type="checkbox"/> 유두에서 분비물이 나온다
<input type="checkbox"/> 유두가 헐거나 함몰되었다
<input type="checkbox"/> 증상이 없다

3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신 적이 있습니까?

<input type="checkbox"/> 한 적이 없다	<input type="checkbox"/> 한 적이 있다
----------------------------------	----------------------------------

의 사 소 견