

## 야간작업 특수건강진단 문진표

사업장명	성명
------	----

  

**< 야간작업 노출평가 >**

※ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주십시오.

1. 지금까지 야간작업을 포함한 교대근무에 종사한 기간은 몇 년입니까?  
 ①5년미만 ②5~9년 ③10~14년 ④15~19년 ⑤20년이상
2. 현 직장에서의 근무형태를 표시해주시기 바랍니다.  
 ①3교대 ②2교대 ③격일제(24시간) ④고정야간근무 ⑤기타(불규칙)( )
3. 귀하의 교대근무 일정은 규칙적으로 순환하는 근무일정입니까?  
 ①예(3-1번으로) ②아니오(4번으로)
- 3-1 귀하의 교대근무는 오전근무→저녁근무→야간근무 순으로 바뀌는 정방향입니까?  
 ①예 ②아니오
4. 퇴근 이후 다음 출근때까지의 시간은 어떠합니까?  
 ①11시간 이상이다 ②11시간 미만이다
5. 지난 1년간 연속해서 야간작업을 하는 날은 보통 며칠이었습니까?  
 ①연속 야간작업 없음 ②2일 ③3일 ④4일 ⑤5일이상
- 6-1 야간작업의 업무량은 주간근무와 비교하여  
 ①비슷하다 ②더 적다 ③더 많다
- 6-2 야간작업의 휴식시간은 주간근무와 비교하여  
 ①비슷하다 ②더 적다 ③더 많다
7. 야간근무 중 혼자서 고립되어 근무합니까?  
 ①예 ②아니오
8. 야간근무에 대하여 다음과 같은 사항이 허용됩니까?

야간근무 중 수면시간	①있다	②없다
휴게실	①있다	②없다
식사/야식/간식	①있다	②없다
야간근무 일정 조정	①가능하다	②불가능하다

9. 일주일 평균 근무시간은 몇 시간입니까?  
 ①40시간 미만 ②40시간 ③41~51시간 ④52~59시간 ⑤60시간 이상

**< 수면장애 - 불면증지수 >**

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

	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠이들기 어렵다	①	②	③	④	⑤
2. 잠을 유지하기 어렵다	①	②	③	④	⑤
3. 너무 일찍 깬다	①	②	③	④	⑤

4. 현재 수면양상에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?  
 ①매우 만족 ②약간 만족 ③그저 그렇다 ④약간 불만족 ⑤매우 불만족

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각하십니까? (활동 중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)  
 ①전혀 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게
6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?  
 ①전혀 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게
7. 당신은 현재수면에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?  
 ①전혀 ②약간 ③중간 ④심하게 ⑤매우 심하게

**< 위장관질환 문진표 >**

1. 최근 3개월동안 1인분의 양의 식사를 한 후 불편한 정도의 포만감을 얼마나 자주 느꼈습니까?  
 ①전혀없음 ②1개월에 하루 미만 ③1개월에 하루 ④1개월에 2~3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일 이상 ⑦거의매일
2. 식사 후 (불편한 정도의) 포만감이 6개월 이전부터 있었습니까?  
 ①아니오 ②예
3. 최근 3개월 동안 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?  
 ①전혀없음 ②1개월에 하루 미만 ③1개월에 하루 ④1개월에 2~3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일 이상 ⑦거의매일
4. 1인분의 양의 식사를 다 먹지 못한 증상이 6개월 이상 있었습니까?  
 ①아니오 ②예
5. 최근 3개월 동안 복부 가운데의(가슴이 아닌 배꼽 위쪽) 통증이나 쓰린(화끈거리는)증상이 얼마나 자주 있었습니까?  
 ①전혀없음 ②1개월에 하루 미만 ③1개월에 하루 ④1개월에 2~3일 ⑤1주일에 하루 ⑥1주일에 2일 이상 ⑦거의매일
6. 복부 통증이나 쓰린(화끈거리는)증상이 6개월 이전부터 있어 왔습니까?  
 ①아니오 ②예

**< 유방암 문진표 >**

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

- ① 거의 한 적이 없다.  
 ② 몇 번은 한 적이 있다.  
 ③ 거의 매번 지켰다.
2. 현재 귀하의 증상을 모두 표시하여 주십시오.  
 ①유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다  
 ②유두에서 분비물이 나온다  
 ③유두가 헐거나 함몰되었다  
 ④증상이 없다
3. 최근 2년간 유방촬영이나 유방초음파 검사를 하신적이 있습니까?  
 ①한적이 없다 ②한적이 있다