

Kuisisioner 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

※ **Merokok**

4. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

4-1. Apakah Anda pernah merokok lebih dari lima bungkus (100 batang) rokok selama hidup Anda?

- ① Tidak (➡ Lanjut ke Pertanyaan 5)
② Ya, tetapi saya sudah berhenti merokok (➡ Lanjut ke Pertanyaan 4-2)

③ Ya, dan saya masih merokok (👉 Lanjut ke Pertanyaan 4-3)

4-2. Jika Anda pernah **merokok sebelumnya**, tetapi sudah berhenti:

Berapa lama Anda merokok sebelum akhirnya berhenti?	Total _____ tahun
Berapa banyak batang rokok yang Anda hisap setiap hari sebelum berhenti?	_____ batang rokok

4-3. Jika Anda **masih merokok**:

Sudah berapa lama Anda merokok?	Total _____ tahun
Berapa banyak rata-rata batang rokok yang Anda hisap setiap hari?	_____ batang rokok

※ Alkohol

5. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

5-1. Berapa kali Anda minum alkohol dalam satu minggu?

☐0 ☐1 kali ☐2 kali ☐3 kali ☐4 kali ☐5 kali ☐6 kali ☐7 kali

5-2. Saat Anda minum, **berapa banyak Anda minum dalam sehari?** (※Jenis alkohol apapun)
(gelas)

※ Aktivitas Fisik (Olahraga)

6. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan data ceklis '√' pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

6-1. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik berat yang membuat Anda bernafas lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 20 menit (contoh: berlari, aerobik, bersepeda cepat, mendaki, dst.)?

☐0 ☐1 hari ☐2 hari ☐3 hari ☐4 hari ☐5 hari ☐6 hari ☐7 hari

6-2. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik cukup berat yang membuat Anda bernafas sedikit lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 30 menit (contoh: berjalan cepat, tenis, bersepeda santai, mengepel lantai)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan jawaban pada pertanyaan 6-1

☐0 ☐1 hari ☐2 hari ☐3 hari ☐4 hari ☐5 hari ☐6 hari ☐7 hari

6-3. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda berjalan selama lebih dari 30 menit? (Paling tidak lebih dari 10 menit untuk sekali jalan) (contoh: olahraga ringan, termasuk berjalan ke dan dari kantor, atau untuk jalan-jalan)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan pertanyaan 6-1 dan 6-2

☐0 ☐1 hari ☐2 hari ☐3 hari ☐4 hari ☐5 hari ☐6 hari ☐7 hari

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

7. 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	
-----------------	--

--	--