

แบบสอบถามการตรวจสอบสุขภาพแบบพิเศษของสมาคมทางวิชาการของสภาพการทำงานในประเทศเกาหลี

ธุรกิจ :

ชื่อ:

※ คำถามเกี่ยวกับโรค (ในอดีต, ครอบครัว)

※ จงอ่านคำถามดังต่อไปนี้และ จงทำเครื่องหมาย ○ ในเนื้อหาที่ตรงกับสภาพในปัจจุบัน

1. เคยได้รับการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้ หรือกำลังรักษาด้วยยาอยู่หรือไม่?

ชื่อโรค	อาการเส้นเลือดในสมองแตก (อัมพาต)	โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือด หัวใจอุดตันรกล้นเลือดตีบ/ โรคเส้นเลือดตีบ)	ความ ดัน โลหิต สูง	โรค เบา หวาน	ไขมันใน เลือด สูง	โรค ปอด	อื่นๆ (โรค)
ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่							
รักษาด้วยยาหรือไม่							

2. มีกรณีที่มีอาการปวด ปวดด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือเคยเสียชีวิตในโรคดังกล่าวหรือไม่?

ชื่อโรค	อาการเส้นเลือดในสมองแตก (อัมพาต)	โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือด หัวใจอุดตันรกล้นเลือดตีบ/ โรคเส้นเลือดตีบ)	ความ ดัน โลหิต สูง	โรค เบา หวาน	อื่นๆ (โรค)
มี					

3. เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่? ① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ

※ คำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

4. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วตอบคำถามตามสภาพในปัจจุบันของตนเอง

4-1. เคยสูบบุหรี่มากกว่า 5 ซอง (100มวน)หรือไม่?

- ① ไม่เคย(~~☑~~ ไปยังคำถามข้อที่ 5)
② เคย, ตอนนี้เลิกบุหรี่แล้ว (~~☑~~ ไปยังคำถามข้อที่ 4-2)
③ เคย, ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (~~☑~~ ไปยังคำถามข้อที่ 4-3)

4-2. ถ้าหากว่าเคยสูบบุหรี่ในอดีตแต่ปัจจุบันได้เลิกบุหรี่แล้ว

ก่อนหน้านี้เคยสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลากี่ปี?	ทั้งหมด _____ ปี
ก่อนที่จะเลิกบุหรี่ ได้สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละกี่มวน?	_____ มวน

4-3. ถ้าหากว่าในปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลากี่ปี?	ทั้งหมด _____ ปี
เฉลี่ยแล้ววันละกี่มวนต่อวัน?	_____ มวน

※ คำถามเกี่ยวกับการดื่มเหล้า

5. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วเขียนตอบคำถามตามสภาพในปัจจุบันของตนเอง

5-1. โดยเฉลี่ยแล้วดื่มเหล้ากี่วันต่อสัปดาห์

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

5-2. ถ้าหากมีการดื่มเหล้าปกติแล้วจะดื่มในปริมาณเท่าไร? (※ ไม่คำนึงถึงชนิดของเหล้า) (แก้ว)

※ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย (การออกกำลังกาย)

6. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วจงทำเครื่องหมาย ‘√’ ในคำตอบที่ตรงกับกิจกรรมในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา

6-1. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้ทำกิจกรรมที่หนักที่ทำให้การหายใจเร็วมากกว่าปกติ เป็นระยะเวลามากกว่า 20 นาที ต่อวัน

เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์? (เช่น: การวิ่ง, แอโรบิก, การปั่นจักรยานด้วยความเร็ว, ปีนเขา เป็นต้น)
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

6-2. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้ทำกิจกรรมที่ไม่หนักไม่เบาเกินไปที่ทำให้การหายใจเร็วมากกว่าปกติ เป็นระยะเวลามากกว่า 30 นาที ต่อวัน

เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์? (เช่น: การเดินเร็ว, การตีเทนนิส, การปั่นจักรยานความเร็วปกติ, การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น) ※

ชกเว้นกิจกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในข้อที่ 6-1

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

6-3. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้มีการเคลื่อนไหวกิจกรรมเบาๆ ไปถึงการเดินเบาอย่างน้อย 10 นาที รวมกันแล้วในแต่ละมากกว่า 30 นาทีในแต่ละวันเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ (เช่น: การออกกำลังกายเบาๆ, รวมถึงการเดินในเวลาว่างและเวลาทำงาน)

※ ชกเว้นกิจกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในข้อที่ 6-1, 6-2

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

✖ คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคเฉพาะต่างๆ

7.จงตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคที่เคยมีในระยะเวลา 6 ที่ผ่านมา .

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	คำถามอาการของโรค	อาการของโรค		
		รุนแรง	ปานกลาง	ไม่มี
ทั่วไป	ไม่มีความอยากอาหาร น้ำหนักตัวลดลง			
	รู้สึกเหนื่อยง่าย			
	รู้สึกว่ามือเท้าบวมขึ้นในส่วนต่างๆของร่างกาย			
ผิวหนัง	มีอาการคันที่ผิวหนังและมีอาการแสบ			
	เกิดรอยต่างตามผิวหนัง			
	ขน เล็บมือ, เล็บเท้า มีการเปลี่ยนแปลง			
	ผิวหนังเกิดความหยากกร้านและแตกลาย			
ตา	ขี้ตาและน้ำตาไหลง่าย			
	สายตาสลัดจากเมื่อก่อน			
	ดวงตาแดงชา้และปวด			
หู	ได้ยินเสียงพูดไม่ชัดเจน			
	ไม่ได้ยินเสียง			
จมูก	มีเลือดกำเดาไหลบ่อยๆ			
	มีน้ำมูกและคัดจมูก			
	ไม่ค่อยได้กลิ่นต่างๆ			
ปาก	มีเลือดออกที่เหงือกหรือเป็นแผล			
	ไม่ค่อยรับรู้รสชาติ			
อวัยวะในการ ย่อยอาหาร	มีอาการปวดท้องเหมือนมีอะไรมาแทงๆ			
	รสชาติอาหารที่รับ เป็นรสชาติที่ขมและฝาด			
	มีอาการท้องผูก			
ระบบเลือด / ทางเดินหายใจ	มีอาการใจเต้นขณะทำงาน			
	มีอาการไอ หรือหายใจแรงขณะทำงาน			
	อึดอัดส่วนหน้าอก			
	มีเสมหะออกมาหรือมีอาการไอในตอนเช้า			
	หลังจากวันหยุด เมื่อไปยังสถานที่ทำงานแล้วมีอาการไอ			
กระดูกสันหลัง / แขนขา	มีอาการปวด หรือเมื่อยในส่วนของหัวไหล่ ขา แขน			
	แขน ขา ตกลงมาหรือไม่มีเรี่ยวแรง			
	รู้สึกว่าแขน ขา ชา			
	เมื่อมีอาการเข้านั่งมีมือกลายเป็นสีขาว			
	มีอาการปวดเอว			

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	คำถามของอาการของโรค	อาการของโรค		
		รุนแรง	ปานกลาง	ไม่มี
จิตใจ / ประสาท	มีอาการปวดศีรษะ			
	วิงเวียนศีรษะ			
	ความจำแย่ลง หรืออาการสูญเสียความทรงจำที่รุนแรง			
	มีอาการกระวนกระวาย และไม่สบายใจ			
	เหม่อลอยหรือ รู้สึกเหมือนเมาเหล้า			
	ลำบากในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง			
อวัยวะปัสสาวะ / การสืบพันธุ์	ปัสสาวะไม่เป็นปกติ			
	ตัวบวม			
	ประจำเดือนมาไม่ปกติ			
	เคยมีการแท้งลูก			

ในกรณีที่มีอาการของโรคนอกเหนือจากนี้ , จงเขียนลงไปในช่วงว่างด้านล่าง
<div></div>

*เคย เกิดปัญหาสุขภาพระหว่างการทำงาน(ความผิดปกติของร่างกาย) หรือไม่?

☐ เคย ☐ ไม่เคย

* คิดว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับสารที่ได้รับจากการทำงานหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

ความ คิด เห็น ของ แพทย์	<div></div>
-------------------------------------	-------------