

야간 작업 관련 증상 문진표

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

수검자 성명		주민등록 번호		전화 번호	자 택	
					핸드폰	

※ 수면장애 (불면증지수 - ISI)

1-3. 최근 2주간 다음 각 항목의 문제들이 얼마나 심한지 표시해 주세요.

최근 2주간 나는	없음	약간	중간	심함	매우 심함
1. 잠들기 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 수면 양상에 관하여 얼마나 만족하고 있습니까?

- | | |
|----------|----------|
| ① 매우 만족 | ② 약간 만족 |
| ③ 그저 그렇다 | ④ 약간 불만족 |
| ⑤ 매우 불만족 | |

5. 귀하의 수면장애가 어느 정도나 일상생활을 방해한다고 생각하십니까? (활동중 피로, 직장이나 집에서 일하는 능력, 집중력, 기억력, 기분 등)

- | | |
|---------------|-------|
| ① 전혀 방해되지 않는다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

6. 주변 사람들이 귀하의 수면문제에 대해서 심각하게 생각하고 있습니까?

- | | |
|-------------|-------|
| ① 전혀 그렇지 않다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

7. 당신은 현재 수면 문제에 관하여 얼마나 걱정하고 있습니까?

- | | |
|---------------|-------|
| ① 전혀 걱정하지 않는다 | ② 약간 |
| ③ 중간 | ④ 심하게 |
| ⑤ 매우 심하게 | |

※ 위장관질환

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

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀없음 | ② 한 달에 하루 미만 |
| ③ 한 달에 하루 | ④ 한 달에 2-3일 |
| ⑤ 일주일에 하루 | ⑥ 일주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

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

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

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

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀없음 | ② 한 달에 하루 미만 |
| ③ 한 달에 하루 | ④ 한 달에 2-3일 |
| ⑤ 일주일에 하루 | ⑥ 일주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

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

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

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

- | | |
|-----------|--------------|
| ① 전혀없음 | ② 한 달에 하루 미만 |
| ③ 한 달에 하루 | ④ 한 달에 2-3일 |
| ⑤ 일주일에 하루 | ⑥ 일주일에 2일 이상 |
| ⑦ 거의 매일 | |

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

- | | |
|-------|-----|
| ① 아니오 | ② 예 |
|-------|-----|

※ 유방암 증상 (여성만 작성 하세요.)

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.

- ☐ 유방에서 종괴(덩어리)가 만져진다.
- ☐ 유두에서 분비물이 나온다.
- ☐ 유두가 혈거나 함몰 되었다.
- ☐ 증상이 없다

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

- | | |
|-----------|-----------|
| ① 한 적이 없다 | ② 한 적이 있다 |
|-----------|-----------|

※ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주세요.

야간 작업 관련 수면장애 문진표

※ 아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 내용에 ● 표시해 주십시오. (바른표기 : ● 틀린표기 : ○ ① ② ③ ④)

수검자 성명	주민등록 번호	전화 번호	자택 핸드폰
※ 수면장애 (주간졸림증)			
1. 앉아서 책을 읽을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 2. 텔레비전을 볼 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 3. 극장이나 회의석상과 같은 공공장소에서 가만히 앉아있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 4. 1시간 정도 계속 버스나 택시를 타고 있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 5. 오후 휴식시간에 편안히 누워 있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 6. 앉아서 누군가에게 말을 하고 있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 7. 점심 식사 후 조용히 앉아 있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다 8. 차를 운전하고 가다가 교통체증으로 몇분간 멈추어 있을 때 ① 전혀 안 졸리다 ② 조금 졸리다 ③ 상당히 졸리다 ④ 매우 많이 졸리다		(2) 수면도중에 깨어서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (3) 화장실에 가려고 일어나야 해서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (4) 누우면 숨을 편히 쉬지 못해서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (5) 크게 코를 골거나 기침을 해서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (6) 오한(추위)을 심하게 느껴서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (7) 열감(더위)을 심하게 느껴서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (8) 악몽이나 불쾌한 꿈 때문에 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (9) 통증이 있어서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 (10) 기타 다른 이유로() ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 6. 지난 한 달 동안의 수면의 질을 평가하자면 어떻습니까? ① 아주 좋다 ② 대체로 좋다 ③ 대체로 나쁘다 ④ 아주 나쁘다 7. 지난 한 달 동안 잠들기 위해 얼마나 자주 약(수면보조제)을 드셨습니까? ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 8. 지난 한달 동안 운전중이나 식사를 할때나 사회활동에 참여할때 졸려서 깨어있기 힘들었던 적이 얼마나 있습니까? ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상 9. 지난 한 달간 업무를 수행하는데 얼마나 힘들었습니까? ① 전혀 힘들지 않았다 ② 별로 힘들지 않았다 ③ 약간 힘들었다 ④ 매우 힘들었다	
※ 수면장애 (수면의 질)			
1~4. 지난 한 달 동안의 수면에 대하여 각 질문에 답하여 주십시오. 1. 몇 시쯤 잠자리에 들었습니까? ()시 ()분 2. 누워서 잠들 때까지 얼마만큼의 시간이 걸렸습니까? ()시간 ()분 3. 몇 시쯤 일어나셨습니까? ()시 ()분 4. 실제로 몇 시간을 주무셨습니까? ()시간 ()분 5. 지난 한 달 동안 다음과 같은 이유로 잠이 들기 어려웠던 적이 몇 번이나 됩니까? (1) 30분 이내에 잠들지 못해서 ① 없었다 ② 주 1회 미만 ③ 주 1-2회 ④ 주 3회 이상			
※ 과거에 앓은 질병이 있으면 적어 주세요.			