(별지 제5호서식)
(ឯកសារភ្ជាប់ 5)

(앞면)
(ខាងមុខ)

□ 배치전
□ បានកំណត់ជាមុន
□ 특수
□ ពិសេស
□ 수시
□ ធម្មតា
□ 임시
□ បណ្តោះអាសន្ន

건 강 진 단 개 인 표
តារាងពិនិត្យសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន

유해인자 :
កត្តាគ្រោះថ្នាក់ ៖

주민등록번호 លេខចុះឈ្មោះ ស្នាក់នៅ		이름 ឈ្មោះ		나이 អាយុ	만___세 ___ ឆ្នាំ	성별 ភេទ		사원번호 លេខបុគ្គលិក	
근로자 주소 អាសយដ្ឋានបុគ្គលិក								전화번호 ទូរស័ព្ទ	
사업체명 ឈ្មោះមុខជំនួញ				업종 ឧស្សាហកម្ម					
현작업부서 ផ្នែកបច្ចុប្បន្ន			현작업내용 មាតិកាការងារ បច្ចុប្បន្ន				지방사무소 ការិយាល័យការងារ ក្នុងស្រុក		
입사년월일 កាលបរិច្ឆេទការងារ		현직전입일 កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរមក តំណែងបច្ចុប្បន្ន			폭로 기간 រយៈពេលប៉ះពាល់			1일 폭로시간 ពេលវេលាប៉ះពាល់ ប្រចាំថ្ងៃ	

과거 직력 업종 선택	작업 공정명 ឈ្មោះដំណើរការងារ	근무년수 ឆ្នាំធ្វើការ	기간 រយៈពេល	문진 업종 선택	과거병력 ប្រវត្តិជំងឺ		진찰 ការ ពិនិត្យ	신경계, 이비인후과, 안과, 피부과 진동장애 등 ប្រព័ន្ធប្រសាទ ត្រចៀកច្រមុះ ភ្នែក ចក្ខុ រោគ ស្បែកដោយសារញ័រ ជាដើម ។	
					가족력 ប្រវត្តិជំងឺរបស់គ្រួសារ				
					업무기인성 흡연, 음주 ការជក់ ឬការផឹក គ្រឿងស្រវឹងនៅពេលធ្វើការ				
취급 물질 សារធាតុដែលបានទទួលបន្ទុក									
현재증상 រោគសញ្ញាបច្ចុប្បន្ន									

항목 ចំណុច	신장 (Cm) កម្ពស់ (Cm)	체중 (Kg) ទម្ងន់ (Kg)	혈압(mmHg)* សម្ពាធឈាម (mmHg)*		흉부방사선검사(촬영번호: 번) ផ្នែកគ្រូពេទ្យមាត់-ធ្មេញ ថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិក្ស X (លេខហ្វីលៃ)	
			최고 ខ្ពស់	최저 ទាប		
참고치 តម្លៃយោង			139이하 ក្រោម 139	89이하 ក្រោម 89	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណគ្រូពេទ្យទទួលបន្ទុក ( )	
( ) 년도 ( ) ឆ្នាំ						
( ) 년도 ( ) ឆ្នាំ						

치 과 소 견 មតិគ្រូពេទ្យមាត់-ធ្មេញ		치과의사 គ្រូពេទ្យមាត់-ធ្មេញ	인 ហត្ថលេខា

건 강 진 단 항 목 ចំណុចពិនិត្យសុខភាព				
검사항목 ចំណុចពិនិត្យ	검사결과 លទ្ធផលពិនិត្យ	참고치 តម្លៃយោង	( ) 년도 ( ) ឆ្នាំ	( ) 년도 ( ) ឆ្នាំ

판정 ការវិនិច្ឆ័យ	검 진 소 견 មតិពិនិត្យ	사 후 관 리 조 치 វិធានការគ្រប់គ្រងតាមដាន	업무수행 적합여부 ភាពសាកសមធ្វើការ	유해인자별 건강구분 ចំណាត់ថ្នាក់សុខភាពដោយកត្តាគ្រោះថ្នាក់	
				유해인자 កត្តាគ្រោះថ្នាក់	건강구분 ចំណាត់ថ្នាក់ សុខភាព

건강진단일자 កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ	. . .	건강진단기관 វិទ្យាស្ថានពិនិត្យ		건강진단의사 គ្រូពេទ្យទទួលបន្ទុកពិនិត្យ	(서명 또는 인) (ហត្ថលេខា)
근로자 បុគ្គលិក (បេក្ខជន)		(서명 또는 인) (ហត្ថលេខា)			

* 혈압은 근로자 건강상태를 파악하기 위한 참고자료로 해당 유해인자별 검사항목에 포함되지 않은 경우에는 판정하지 않음

* សម្ពាធឈាមគឺសម្រាប់យោងដើម្បីស្គាល់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់បុគ្គលិក និងមិនត្រូវបានវាយតម្លៃពេលមិនបញ្ចូលក្នុងចំណុចពិនិត្យក្នុងការឆ្លើយឆ្លងកត្តាគ្រោះថ្នាក់ ។

210mm×297mm
(전산용지(특급) 45g/㎡)
(ក្រដាស់កុំព្យូទ័រ (ពិសេស) 45g/㎡)

1. 건강관리구분·사후관리내용 및 업무적합성 평가 (뒷쪽)

1. ផ្នែកការគ្រប់គ្រងការងារ មាតិកាគ្រប់គ្រងតាមដាន និងការវាយតម្លៃភាពសាកសមរបស់ការងារ (ខាងក្រោយ)

건강 관리 구분 ផ្នែកគ្រប់គ្រងសុខភាព		사후 관리 내용 មាតិកាគ្រប់គ្រងតាមដាន		업무수행적합여부(질병유소견자에 대하여 구분함) ភាពសាកសមធ្វើការ (ចាត់ថ្នាក់សម្រាប់អ្នកបានវាយតម្លៃថាមានជម្ងឺ)	
A	건강한 근로자 또는 경미한 이상소견이 있는 근로자 បុគ្គលិកដែលមានសុខភាពល្អ ឬបុគ្គលិកដែលមានមុខងារមិនធម្មតាស្រាល	0	필요 없음 មិនចាំបាច់	○	건강관리상 현재의 조건하에서 작업이 가능한 경우 ពេលធ្វើការក្រោមស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នគឺអាចមានដោយយោងតាមស្ថានភាពសុខភាព
C_1	직업성 질병으로 진전될 우려가 있어 추적검사 등 관찰이 필요한 근로자(요관찰자) ការព្រួយបារម្ភដែលវាអាចនាំឲ្យមានជម្ងឺដោយការងារ ដូច្នេះតម្រូវឲ្យមានការសង្កេត ដូចជាការពិនិត្យតាមដាន (តម្រូវឲ្យមានការត្រួតពិនិត្យ)	1	건강상담 ការប្រឹក្សាសុខភាព		
		2	보호구착용 ប្រើឧបករណ៍ការពារ	○	일정한 조건(환경개선, 개인보호구 착용, 건강진단의 주기를 앞당기는 경우 등)하에서 현재의 작업이 가능한 경우 ពេលដែលការងារបច្ចុប្បន្នអាចមានក្រោមស្ថានភាពណាមួយ (បរិស្ថានបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ការពារផ្ទាល់ខ្លួន ការបន្តយវគ្គពិនិត្យសុខភាព ជាដើម ។)
C_2	ជម្ងឺការងារ ១ ដែលមានការព្រួយបារម្ភ ១ ដែលតម្រូវការការត្រួតពិនិត្យ ១ ២ ១ ២ ១ ២

	ស៊ីតូ និងបាស	-ការស្រូបចូលរយៈពេលយូរអាចបណ្តាលឱ្យ សំនឹកមាត់-ធ្មេញ និងលោកផ្លូវដង្ហើមវាំរ ។	
	១.ធូលីការ៉ូ	-ការស្រូបចូលរយៈ:ពេលយូរអាចបណ្តាលឱ្យ សំនឹកមាត់-ធ្មេញ និងលោកផ្លូវដង្ហើមវាំរ ។	
	២.ធូលីសរីរាង្គ	-ការស្រូបចូលក្នុងកាយតាមរយៈ:ប្រព័ន្ធដង្ហើមជានិងស្ពាន ដែលបង្កបញ្ហាដល់សុខភាព ។ វាក៏អាចចូលក្នុងរាងកាយតាមរយៈ:ស្បែកឬមាត់ និងរោគសញ្ញាទូទៅមានសសៃប្រសាទដំណើរការមិនល្អ (ឥទ្ធិពលផ្នាំស្ពឹក) និងជម្ងឺរលាកស្បែក ។ -ឆ្ពោះ ពេលមួយ ១ ០ ០ ០

កម្រងសំនួរសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពពិសេស(សង្គមកូរ៉ នៃវិជ្ជាជីវៈ និងបរិយាកាសវេជ្ជសាស្ត្រ)

ក្រុមហ៊ុន:
ឈ្មោះ:

※ សំណួរស្តីអំពីប្រវត្តិជម្ងឺ(ប្រវត្តិអ្នកជម្ងឺ និងប្រវត្តិក្រុមគ្រួសារ)

※ សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ ហើយបញ្ជាក់ដោយសញ្ញា [O] ចំពោះស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន។

1. តើអ្នកធ្លាប់ពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យ ឬតើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកកំពុងលេបថ្នាំសម្រាប់ជម្ងឺណាមួយក្នុងចំណោម បណ្តាជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល	ជម្ងឺបេះដូង (រួមសាច់ដុំបេះដូង ជម្ងឺតឹងទ្រូង)	លើសសម្ពាធឈាម	ទឹកនោមផ្អែម	លើសសារធាតុខ្លាញ់ក្នុងឈាម	របេង	ផ្សេងៗ (រួមទាំងមហារីកផងដែរ)
រោគវិនិច្ឆ័យ							
ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ							

2. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៃ**ឪពុកម្តាយ បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី ស្លាប់ដោយសារជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?**

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល	ជម្ងឺបេះដូង (រួមសាច់ដុំ បេះដូង / ជម្ងឺតឹងទ្រូង)	លើសសម្ពាធឈាម	ទឹកនោមផ្អែម	ផ្សេងៗ (រួមទាំងមហារីកផងដែរ)
មាន					

3. តើអ្នកមានផ្ទុកអង់ទីសែនរលាកថ្លើមប្រភេទបេ* ដែរឬទេ? ① មាន ② គ្មានទេ ③មិនដឹង

※ ការជក់បារី

4. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

4-1. តើអ្នកបានជក់បារីអស់ច្រើនជាងប្រាំកញ្ចប់(100 ដើម)ក្នុងមួយជីវិតរបស់លោកអ្នក?

① ទេ (☞ សូមបន្តទៅសំណួរទី 5)
② បាទ ក៏ប៉ុន្តែខ្ញុំបានឈប់ជក់ហើយឥឡូវនេះ (☞សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-2)
③ បាទ ហើយខ្ញុំនៅជក់វានៅឡើយទេ (☞សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-3)

4-2. ប្រសិនបើអ្នកបានជក់កាលពីមុនមក ប៉ុន្តែបានឈប់ជក់តាំងពីពេលនោះមក:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានឆ្នាំ មុននឹងឈប់ជក់វា?	សរុប _____ឆ្នាំ
តើអ្នកបានជក់បារីអស់ប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ មុននឹងឈប់ជក់វា?	_____បារី

4-3. ប្រសិនបើអ្នកនៅជក់វានៅឡើយទេ:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានថ្ងៃឆ្នាំហើយ?	សរុប _____ឆ្នាំ
ជាមធ្យម តើអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ?	_____បារី

※ ការពិសាជាតិស្រា

5. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

5-1. រៀងរាល់សប្តាហ៍ តើអ្នកពិសាស្រាញឹកញាប់ដែរឬទេ?

□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

5-2. នៅពេលដែលអ្នកពិសាស្រា តើអ្នកពិសាប៉ុនដែរក្នុងមួយថ្ងៃ? (※ ដោយមិនគិតអំពីប្រភេទស្រា)

(កែវ)

※ ចលនានៃរាងកាយ (ការហាត់ប្រាណ)

6. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់ពីសកម្មភាពទាំងឡាយដែលអ្នកបានធ្វើនៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក ដោយសញ្ញា'√' ។

6-1. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងក្លា ដែលធ្វើឲ្យចង្វាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 20 នាទី បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការរត់ ការហាត់ប្រាណ ជិះកង់ដោយល្បឿនលឿន ការឡើងភ្នំ ។ល។)?

□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

6-2. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងល្មម ដែលធ្វើឲ្យចង្វាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 30 នាទី បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការដើរដោយល្បឿនលឿន ការលេងតែននីស ជិះកង់ដោយល្បឿនធម្មតា ជូតឥដ្ឋ ។ល។)?

※ មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 នោះទេ។

□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

6-3. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានដើរលើសពី 30 នាទី និងយ៉ាងហោចណាស់ 10 នាទីក្នុងមួយម្តង បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការហាត់ប្រាណតិចតួច ការដើរទៅវិញទៅមកពីកន្លែងធ្វើការ ឬការដើរលំហែ)

※មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 និង 6-2 នោះ ទេ។

□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

※ សំណួរអំពីរោគសញ្ញាទាក់ទងទៅនឹងសរីរាង្គគោលដៅ

7. សូមឆ្លើយទៅនឹងរោគសញ្ញាទាំងឡាយដែលអ្នកបានជួបប្រទះក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែចុងក្រោយនេះ។

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្លាំងនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	គ្មាន
ស្ថានភាពទូទៅ	មិនឃ្លានអាហារ និងចុះទម្ងន់			
	មានអារម្មណ៍អស់កម្លាំងជាញឹកញាប់			
	មានអារម្មណ៍ថាមានដុំពកនៅដងខ្លួន			
ស្បែក	មានអារម្មណ៍រមាស់ ឬរលាក			
	កន្ទួលស្បែក			
	ផ្លាស់ប្តូរសក់ ក្រចកដៃ ឬក្រចកជើង			
	ស្បែកឡើងក្រហម និងបែកស្រកា			
ភ្នែក	រលាកភ្នែក និងហៀទឹកភ្នែកជាញឹកញាប់			
	ពិបាកមើល			
	ភ្នែកឡើងក្រហម ឬផ្សា			
ត្រចៀក	ឮមិនច្បាស់			
	ហឹងត្រចៀក			
ច្រមុះ	ឧស្សាហ៍ហូរឈាមច្រមុះ			
	ហៀរសំបុរ ឬតឹងច្រមុះ			
	ពិបាកហិតខ្លិន			
មាត់	ហូរឈាមអញ្ចាញធ្មេញ ឬដំបៅមាត់			
	ពិបាកភ្លក់រសជាតិ			
ប្រដាប់រំលាយអាហារ	ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺផ្សានៅក្នុងពោះខ្ញុំ។			
	មានរសជាតិស្អាតនៅក្នុងមាត់			
	ទល់លាមក			
ប្រដាប់ឈាមរត់ និងប្រដាប់ដកដង្ហើម	ញ័រដើមទ្រូងនៅពេលកំពុងធ្វើការ			
	ក្អក និងដកដង្ហើមខ្លីៗនៅពេលកំពុង ធ្វើការ			
	មិនស្រួលក្នុងដើមទ្រូង			
	ក្អក ឬខ្ទាកស្តោះចេញស្លេស នៅពេលដែលភ្ជាក់ពីដំណេក			
	ក្អក នៅពេលត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបន្ទាប់ពីឈប់សម្រាក			

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្លាំងនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	គ្មាន
ឆ្អឹងខ្នង/អវយវ:	ឈឺដៃ ជើង និងស្មា			
	ញ័រដៃជើង ឬទន់ដៃជើង			
	មានអារម្មណ៍ស្ពឹកដៃជើង			
	ម្រាមឡើងសស្លាំងនៅពេលត្រជាក់			
	ឈឺខ្នង			
ប្រព័ន្ធវិញ្ញាណ/ សរសៃប្រាសាទ	ឈឺក្បាល			
	វិលមុខ			
	ការចងចាំកាន់តែចុះខ្សោយ និងឆាប់ភ្លេចភ្លាំង			
	ការភ័យបារម្ភ និងភាពរសេះរសោះ			
	ក្បាលមានអារម្មណ៍ថាស្ពឹក ហាក់ដូចជាខ្ទុំស្រវឹងស្រា			
	ពិបាកជញ្ជឹងគិត			
ប្រព័ន្ធតម្រងនោម /និងបន្ពូជ	ពិបាកនោម			
	ហើមដងខ្លួន			
	រដូវដើរមិនទៀងទាត់			
	ធ្លាប់រលូតកូន			

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានរោគសញ្ញាដទៃៗទៀត សូមរៀបរាប់វានៅក្នុងចន្លោះខាងក្រោមនេះ។

* តើលោកអ្នកធ្លាប់មានជួបប្រទះបញ្ហាសុខភាព(បញ្ហារាងកាយ) នៅក្នុងពេលធ្វើការដែរឬទេ? □ មាន □ ទេ

* តើលោកអ្នកគិតថា អ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដោយសារតែសម្ភារ:ដែលអ្នកធ្វើការជាមួយឬ? □ មាន □ ទេ

ការអត្ថាធិប្បាយ របស់វេជ្ជបណ្ឌិត	

* មានផ្ទុកអង់ទីហ្ស្យែនរលាកថ្លើមប្រភេទបេ សំដៅទៅលើអ្នកដែលបានឆ្លងវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ដែលអាចទៅជាជម្ងឺស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ។
អ្នកឆ្លងមេរោគអាចចម្លងវីរុសនេះទៅអ្នកដទៃទៀតតាមរយ:ឈាមដែលមានផ្ទុកមេរោគ ឬសារធាតុរាវក្នុងខ្លួនដែលមានឈា