



# 단국대학교의료원

수신자 에스에프에이(아산) 보건관리 담당

(경유)

제목 2022년 건강검진 실시 및 사전조사 안내

1. 귀사의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 근거 : 국민건강보험법 제 52조 및 산업안전보건법 제 129조,130조 의거 근로자 건강검진을 다음과 같이 진행하고자 합니다.
3. 제 195조 근거하여 근로자 건강진단을 위하여 해당 정보제공 및 검진이 원활이 이루어 질 수 있도록 적극 협조 바랍니다. 요청 드린 해당정보는 귀사의 검진결과 실시 결과 보고 자료로 전송되오니 정확한 정보제공 부탁드립니다.

## 가. 건강검진 세부내용

- 1) 검진 일정 : 2022년 3월 30일 수요일
- 2) 검진 시간 : 오전 8:30~11:30 (접수분)
- 3) 검진 장소 : 어울림동 2층 교육장
- 4) 대상 인원 : 100명(협력업체 포함)
- 5) 검진 지역 : 충남 아산시 둔포면 윤보선로

- 붙임.1.건강검진 실시 주의사항 및 필요사항 안내문.  
 2.건강검진 대상자 명단 양식 및 사전조사(특수검진) 관련사항.  
 3.건강검진문진표 작성요령 예시.  
 4.코로나 19 관련 사전검진 안내문. 끝.

## 단국대학교의과대학부속병원장

담당 UM 팀장 과장 전결

협조자

시행 직업환경의학과 - 1570 (2022. 01 .20 ) 접수 (2022. . )

(우) 31116 (주소) 충남 천안시 동남구 망향로 201번지 / <http://www.dkuh.co.kr>

전화 (041) 550-6786 / fax.전송 (041) 550-7156 / [job@dkuh.co.kr](mailto:job@dkuh.co.kr) / 공개



# 단국대학교의료원

수신자 에스에프에이(아산) 보건관리 담당

(경유)

제목 2022년 건강검진 실시 및 사전조사 안내

1. 귀사의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 근거 : 국민건강보험법 제 52조 및 산업안전보건법 제 129조,130조 의거 근로자 건강검진을 다음과 같이 진행하고자 합니다.
3. 제 195조 근거하여 근로자 건강진단을 위하여 해당 정보제공 및 검진이 원활이 이루어 질 수 있도록 적극 협조 바랍니다. 요청 드린 해당정보는 귀사의 검진결과 실시 결과 보고 자료로 전송되오니 정확한 정보제공 부탁드립니다.

## 가. 건강검진 세부내용

- 1) 검진 일정 : 2022년 3월 30일 수요일
- 2) 검진 시간 : 오전 8:30~11:30 (접수분)
- 3) 검진 장소 : 어울림동 2층 교육장
- 4) 대상 인원 : 100명(협력업체 포함)
- 5) 검진 지역 : 충남 아산시 둔포면 윤보선로

- 붙임. 1. 건강검진 실시 주의사항 및 필요사항 안내문.  
 2. 건강검진 대상자 명단 양식 및 사전조사(특수검진) 관련사항.  
 3. 건강검진문진표 작성요령 예시.  
 4. 코로나 19 관련 사전검진 안내문. 끝.

## 단국대학교의과대학부속병원장



담당 정영선 U.M 조미현 팀장 김재성 과장 노상철  
협조자

시행 직업환경의학과 - 1570 (2022. 01 .20 ) 접수 (2022. . )  
 (우) 31116 (주소) 충남 천안시 동남구 마항로 201번지 / <http://www.dkuh.co.kr>  
 전화 (041) 550-6786 / fax.전송 (041) 550-7156 / [job@dkuh.co.kr](mailto:job@dkuh.co.kr) / 공개

## 건강검진 실시 안내문

### 1. 검진 순서

: 검진공간 및 상황에 따라 변동될 수 있음

접수 및 채뇨 → 신체계측 → 구강검사 → 혈압 → 채혈 → 청력검사(독립된 공간)  
→ 흉부촬영(X-ray) → 폐기능검사(해당검사가 있을시) → 심전도(해당검사가 있을시) →  
진찰

### 2. 건강검진 장소

: 3층 식당

- ▶ 흉부촬영(검진버스) : 검진장소와 멀지 않은 곳에 검진버스 주차 공간 확보 필요

### 3. 건강검진 전 유의사항 - “반드시 안내해 주세요”

- ▶ 3일 전부터는 음주, 과식, 과로는 삼가 하세요.
- ▶ 정확한 혈압측정을 위해 검진 전 1시간이상 금연 하시고 무리한 운동이나 작업은 삼가 하세요.
- ▶ 검진용지는 검진 전에 미리 작성하셔야 원활한 검진을 받을 수 있습니다.  
(검진기록지의 근로자 성명 옆에 싸인을 하신 후 다음장 부터 OMR 문진표 해당 표기란에 검은색 볼펜으로 해당란을 ■ 채워서 작성해 하세요. 숫자란은 정자체로 정확하게 기재 하세요)

### 4. 특수검진 전 유의사항 - “반드시 지켜 주세요”

- ☞ 소음 특수검진 대상자는 소음작업 중단 후 14시간 이상 경과한 상태에서 청력검사를 실시해 주세요(노동부 점검 사항)
- ☞ 톨루엔, 크실렌, 스틸렌, TCE, 노말hexan, 수은 취급자가 있는 사업장은 소변으로 노출지표 검사를 시행하기 위해 검진 전에 미리 채취 용기와 채취 안내 및 수거 확인서를 같이 발송합니다. 정확한 노출지표검사를 위해 반드시 소변 채취시기와 주의사항을 지켜주세요.

**주의사항** : 반드시 작업을 마친 후 오염방지를 위해 손을 깨끗이 씻고 소변을 채취 합니다.

검체용기 입구를 봉입하여 냉동보관 후 검체수거 확인서를 작성해 검진당일 같이 제출해 주세요.(수은 취급자는 작업 전 소변을 채취합니다)

☞ 일산화탄소 유해인자를 취급하는 분은 혈중 카복시헤모글로빈을 (작업종료후 10-15분 이내채취)

검사해야 하므로 작업 종료후 정맥채혈이 한번 더 있습니다. 흡연 유무에 따라 참고치가 달라질수 있어 검사당일은 금연 하실수 있도록 해주세요

원활한 건강검진을 위해 협조 부탁드립니다

## 건강검진 대상자명단 작성 시 유의사항

### 1. 일반(생애)건강검진 대상자명단 작성 시 유의사항

- ▶ 일반검진 및 생애전환기검진은 검진 전 국민건강보험공단 관할지사에서 2020년도 사업장 근로자 건강검진 대상자명단을 받아 당해년도 검진대상자만 건강검진을 시행해 주세요.  
(공단검진 대상이 아닌 사람이 검진 시 해당 검진비용은 사업장에 청구됨)

- 1) 공단에서 실시하는 일반검진은 사무직 2년에 1회, 비사무직 근로자는 1년에 1회 검진 대상이 됨.
- 2) 당 해년도 입사 및 검진대상자 추가, 제외 사유가 발생한 경우 반드시 "건강검진 대상자 변경 (추가, 제외)신청서"를 작성하여 공단 관할지사예 제출한 후, 변경된 검진대상자 명단을 받아 확인 후 건강검진을 실시 요함.
- 3) 타병원에서 일반검진을 수검 하신 분은 검진대상에서 제외 요함. (정해진 횟수를 초과하여 검진을 받았을 시 해당 검진비용은 사업장에 청구됨)
- 4) 검진대상자명단을 주실 때 공단에 등재된 사원명과 주민번호를 정확히 주셔야 공단 건강검진이 가능함. (2014년 08월 07일부터 법령상 근거 없이 주민등록번호 수집을 할 수 없으나 검진 예약 시 건강보험 가입여부, 건강검진 대상여부 확인이 꼭 필요한 경우에는 국민건강보호법 등의 근거에 따라 주민등록번호를 처리할 수 있음)

### 2. 특수(배치전)건강검진 대상자명단 작성 시 유의사항

- ▶ 특수(배치전)검진은 유해인자(소음, 분진, 유기용제, 중금속 등)에 노출되는 근로자에 대해 최근 2회 작업환경측정결과 및 물질안전보건자료(MSDS)를 토대로 해당 작업공정의 노출 유해인자에 대한 특수(배치전)건강검진 대상자명단을 작성해 주세요.  
(특수(배치전)검진 비용은 사업장 부담임)

- 1) 부서, 공정, 직종명, 입사일자, 유해인자명, 야간작업 대상여부는 건강진단 결과표와 사후관리 소견서, 한국산업안전공단 결과보고 자료의 필수 입력사항 이므로 정확한 기재 요함.
- 2) 단기작업, 임시작업, 파견직, 현장출입 관리자도 해당 공정의 유해인자에 대한 특수건강검진을 같이 받으셔야 합니다.
- 3) 2016년 부터 모든 사업장은 야간작업자가 있을 시 야간작업 배치전 검진과 특수검진을 실시해야 합니다. (산업안전보건법 시행규칙 제201조, 별표22)
  - (1) 업무 특성상 야간작업이 포함되는 경우의 기준 : 6개월간 오후 12시부터 다음날 오전 5시까지 포함되는 8시간 작업을 월 평균 4회 이상 수행하는 경우 실시(6개월간 24회 이상)
  - (2) 야간작업이 불규칙적으로 이루어지는 경우의 기준 : 6개월간 오후 10시부터 다음날 오전 6시 사이의 시간 중 작업을 월 평균 60시간 이상 수행하는 경우 실시(6개월간 360시간 이상)
  - (3) 야간작업검진만 있는 경우에도 반드시 8시간이상 금식 후 검진을 하셔야 합니다

특수(배치전)건강진단 사전조사를 위한 필요서류 내용

신규사업장	기존사업장
<p>1) <u>검진대상자명단 EXCEL 양식(필수)</u>                      2) <u>최근 2회 작업환경측정결과서(필수)</u>                      3) <u>이전 건강검진 사후관리 소견서(필수)</u>                      : 제출이 어려운 경우는 유소견자 현황(C1,D1)                      4) <u>물질안전보건자료 MSDS(필수)</u>                      5) <u>사업자등록증 사본 및 검진에 필요한 사업장 내역(필수)</u>                      (담당자, 연락처, 전자계산서 메일주소 등)                      6) 그 외 안전보건과 관련된 자료(필요 시)                      : 위험성평가보고서, 안전보건진단보고서, 화학물질사용대장, 작업일지, 교대근무표 등)</p>	<p>1) <u>검진대상자명단 EXCEL 양식(필수)</u>                      2) <u>최근 2회 작업환경측정결과서 -타기관 측정시</u>                      3) <u>물질안전보건자료 MSDS -내용 변경시</u>                      4) <u>사업자등록증 사본 및 검진에 필요한 사업장 내역 -내용 변경시</u>                      (담당자, 연락처, 전자계산서 메일주소 등)                      5) 그 외 안전보건과 관련된 자료(필요 시)                      : 위험성평가보고서, 안전보건진단보고서, 화학물질사용대장, 작업일지, 교대근무표 등)</p>
<p>※ <b>유해인자별 기본주기 단축 안내</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 작업환경측정 결과 노출기준 이상인 작업공정에서 당해 유해인자에 노출되는 모든 근로자</li> <li>- 특수건강진단을 실시한 결과 직업병 유소견자가 발생한 작업공정에 당해 유해인자에 노출되는 모든 근로자</li> <li>- 특수건강진단을 실시한 결과 당해 유해인자에 대해 특수건강진단 실시 주기 단축에 관한 의사의 판정을 받은 근로자</li> </ul>	

## 코로나19 관련 건강검진 안내문

1. 최근 14일 이내 해외방문력이 있는 근로자의 검진은 14일 이후로 연기해 주십시오.
2. 검진 당일 발열이나 호흡기 이상 증상이 있는 근로자분은 검진이 유예됩니다. (노동부지침)
3. 검진당일 모든 근로자는 접수전 체온측정을 실시하고 검진을 실시할 예정입니다.
4. 검진 당일 미리 배부된 자가문진표를 작성하시어 검진을 받으실 수 있도록 해 주세요.
5. 검진당일 검진을 받으시는 모든 근로자는 필히 마스크를 착용하실 수 있도록 사업장에서 지원 및 안내 부탁드립니다.
6. 검진을 받으시는 수진자분들의 안전거리가 충분히 확보될 수 있도록, 시간대별 검진인원을 분산 조정하시어 검진장소에 오시도록 안내 부탁드립니다.
7. 코로나로 인해 사업장별 검진 시간대를 드리오니 참고하셔서 검진 진행하시도록 부탁드립니다.

안전한 검진이 될 수 있도록 협조해 주셔서 감사합니다

단국대학교병원 직업환경의학과

☎ 041) 550-6786

검진을 마치신 후 검진용지를 꼭 제출해 주세요

## 건강진단 기록지

\*\*\*\*\* 안내사항 \*\*\*\*\*

- 건강검진시 8시간이상 금식 필요
- 일반검진은 년 1회만 수검 가능함
- 과거 직업력란을 반드시 기재요망
- 검진전날 미리 문진표 작성요망



김단국 만65세  
83989621 1956-78-90

2021년	일반검진, 야간작업
유해인자	
참고사항	

검진형태	내원검진	*[계측]키, 몸무게, 허리둘레, 시력, /[측정]혈압, /[자료]요단백, /[자료]CBC, OT, PT, f-GT, B, HDL, LDL, /[일반통력]1KHz, /[진찰]일반, [진찰]특수, /[X-ray]흉부촬영
검진종류	야간작업+일반	서명해 주세요.
		변경여부확인

붉은선 안에서 기재하시고 표기는 검정색 볼펜으로 (바른표기 예시 : , )

성명	김단국	주민번호	567890-1*****	휴대전화	010-1234-5678
[직장가입자만 기재] ▶ 휴대폰 번호는 변경되었을 경우 변경된 번호로 재기재해 주세요.					
사업장명	단국대학교의과대학부속병원	부서명	생신	공정명	부품조립
입사일	2015-05-01	현직 전입일		근무기간	근속년수: 06년00월
직종명		과거 직업력	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유(용접)	근무기간	5년

아래란은 병원에서 검사 후 기록하는 항목입니다. 계속하여 다음장 부터 작성해 주세요.

키 (cm)	몸무게 (kg)	과거 직업이 있으신 분은 <input checked="" type="checkbox"/> 유(직종 또는 공정명) / 근무기간 을 작성해 주세요.			
수축기 (mmHg)	이완기 (mmHg)	악력(kg)		흉위 (cm)	
1차 R: / L: /	2차 R: / L: /	좌측	우측		
요단백 <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4		비고			
색각 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 색각이상(적녹) <input type="checkbox"/> 색각이상(적) <input type="checkbox"/> 색각이상(녹)		청력 검사			
구분	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz
우	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
좌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전회 청력검사 결과		무측 좌측		청력 검사자 : 서명	
표적장기			진찰 및 상담내용		
내분비계(야간), 심혈관계(야간), 신경계(야간), 위장관계(야간)					
검진일자	2021-05-11	검진 의사	안용덕 서명	검진 의사	서명

# 건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하셔야만 정확한 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.  
 ※ 숫자란은 십단위, 일단위에 맞춰 정자체로 정확하게 숫자를 써 주시고 표기란은 '●, ■'로 표기해 주세요.

성명  임단국 주소 충청남도 천안시 동남구 양항로 201 (안서동, 단국대학교의과대학부속병원)

### [ 질환력(과거력, 가족력) 관련 문항 1 ]

1. 다음과 같은 질병으로 진단이십니까? (없으면 비워주세요)

	뇌졸중 (중풍)	심근경색/ 협심증	고혈압	당뇨병	기타 심장질환	폐결핵	기타 (일포함)
진단여부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
현재 약물복용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까? (없으면 비워주세요)

병원에서 B형간염 보균자 질환으로 진단을 받은 경우에만 ■에 표시해 주세요.  
(예방접종 유무가 아닙니다)

3. B형간염 바이러스 보유자 입니까? (B형간염 진단을 받은 경우만 "예"로 체크하세요)

예  아니오  모름

### [ 흡연 관련 문항 2-1 ]

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비)이상의 일반담배를 피운 적이 있으십니까?

아니오 (⇒ 5번 문항으로 가세요)  
 예 (⇒ 4번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배를 피우십니까?  
 1) 현재도 피웁니다. (일반담배 흡연기간과 흡연량은?)

흡연기간: 총 년 개월  
 하루 흡연량: 개피

2) 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않음.  
 (흡연담배 과거 흡연기간, 하루평균 흡연량, 끊은 기간은?)

흡연기간: 총 년 개월  
 하루 흡연량: 개피  
 끊은 기간: 총 년 개월

5. 지금까지 **관련형 전자담배(아이코스, 글로, 릴 등)**를 피운 적이 있으니까?

아니오 (⇒ 6번 문항으로 가세요)  
 예 (⇒ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 **관련형 전자담배**를 피우거나 과거에 피운 적이 있으니까?

1) 현재도 피웁니다. (관련형 전자담배 흡연기간과 흡연량은?)

흡연기간: 총 년 개월  
 하루 흡연량: 개피

2) 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않음.  
 (관련형 전자담배 과거 흡연기간, 하루평균 흡연량, 끊은 기간은?)

흡연기간: 총 년 개월  
 하루 흡연량: 개피  
 끊은 기간: 총 년 개월

### [ 흡연 관련 문항 2-2 ]

약을 드시는 경우 진단여부에도 표시해 주세요. 있습니까?

아니오 (⇒ 7번 문항으로 가세요)  
 예 (⇒ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한달동안 **역상형 전자담배**를 사용한 경험이 있으니까?

아니오  월1-2일  월3-9일  
 월10-29일  매일

### [ 음주 관련 문항 ]

지난1년간 술을 마시는횟수는 어느정도 입니까?  
 (술을 마시는 경우 일주일 한달, 1년 중 하나만 선택 기재 하세요)

일주일에 2번  횟수 번  
 1년에 번  술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는날 보통 어느정도 마십니까?(하루평균)

	잔	병	캔	CC
맥주				
소주	7			
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느정도 마십니까?(하루평균)

	잔	병	캔	CC
맥주				
소주	10			
양주				
막걸리				
와인				

※ 주로 드시는 주종으로 표기(중복 기재시 합산 음주량으로 산정됨)

## 건강검진 추가 문진표

※ 숫자란은 십단위, 일단위에 맞춰 정자체로 정확하게 숫자를 써 주시고 표기란은 '○', '■' 로 표기해 주세요.

☞ 아래의 8-1 문항부터 반드시 작성해 주세요.

[ 노인기능평가 관련 문항 ] - 66세, 70세, 80세 대상자 문항

☞ 만66, 만70세, 만80세 건강검진 대상자만 아래 문항을 작성해 주세요.

[ 신체활동(운동) 관련 문항 ] - 건강검진 대상자 공통 문항

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

8-1. 평소 1주일간 며칠 하십니까?

숨이 많이 차게 하는 고강도 신체활동  
일주일에 ■ 일 =>> 하루에 □□ 시간/분 기재

(고강도 신체활동 예시 : 달리기, 수영, 자전거타기, 건설현장노동, 계단으로 물건 옮기기 등)

안한다  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

☞ 8-1 안한다에 체크한 경우 시간을 기재 하지 마세요.

하루에   시간   분  
십단위 일단위                      십단위 일단위

2. 배변 예정일을 잊으셨습니까?

예  아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 표시를 해주세요

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

예  아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

예  아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

9-1. 평소 1주일간 숨이 약간 며칠 하십니까?

숨이 약간 차게 하는 중강도 신체활동  
일주일에 ■ 일 =>> 하루에 □□ 시간/분 기재

(중강도 신체활동 예시 : 빠르게 걷기, 자전거타기, 가벼운 물건나르기, 청소 등)

안한다  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

☞ 9-1에서 안한다에 체크한 경우 시간을 기재 하지 마세요.

하루에   시간   분  
십단위 일단위                      십단위 일단위

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

예  아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

예  아니오

6) 상점, 이웃 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

예  아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월간 넘어진 적이 있습니까?

예  아니오

10. 최근 1주일 역기, 철봉 등 근력 운동 일주일에 ■ 일

근력운동 일주일에 ■ 일

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

예  아니오

안한다  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일

1. 증상  표시  
2. 증상이 있으면 -> "업무관련" 에  
있음  / 없음  을 표시해 주세요.

※ 붉은선 안의 (■, ■) 정확하게 표기해 주세요.

사업장명		83989621		생년월일		567890-1					
문	항	없음		업무관련		문	항	없음		업무관련	
		가끔	자주	있음	없음			가끔	자주	있음	없음
단	1	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	작업 중 가슴이 두근거린다.	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28	가슴이 뻣근하게 아프다 (2분이상)	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	일을 할 때 숨이 차다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
피	4	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	가슴이 답답하다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	아침에 누런 가래가 나온다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	아침에 기침을 한다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	일을 할 때 기침을 한다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	쉬고난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	잠자리에 들기 전에 기침이 심하다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
관	10	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	36	목이나 어깨가 쑤시고 아프다	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	11	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	37	팔, 손목, 손이 쑤시고 아프다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	허리가 아프다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>
귀	13	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	다리나 발이 쑤시고 아프다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40	다리에 근육경련이 있다 (쥐가 난다)	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
코	15	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	다리에 굵은 혈관이 구불구불 튀어 나왔다(정맥류가 있다)	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	추우면 손가락이 하얗게 된다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
인	17	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	손이나 발이 저리다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	손, 발이 떨리거나 힘이 없다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	손이나 발의 감각이 둔해졌다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
소	20	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	머리가 아프다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	어지럽다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
화	22	<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48	기억력이 나빠지거나 건망증이 심해 졌다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	불안하고 초조하다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
비	24	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌 이든다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	정신을 집중하기 힘들다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	밤에 잠을 잘 못 잔다	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

그 외 다른 증상이 있는 경우 아래의 칸에 기술해 주세요.