

성명 : **생년월일 :**

※ 아래 문항에 최근 6개월 동안 있었던 증상에 대해서 응답하여 주십시오.

"심함" "약간" "없음" 중 해당란에 "O" 표시를 하시기 바랍니다.

신체 부위	증 상 문 항	증 상			
		심함	약간	없음	
일반	식욕이 없고 체중이 줄었다				
	피로감을 많이 느낀다				
	몸의 어느 부위에서 덩어리가 만져진다				
피부	피부가 가렵거나 염증이 생긴다				
	피부에 반점이 생긴다				
	체모나 손톱, 발톱에 변화가 있다				
	피부가 거칠어지거나 갈라진다				
눈	눈이 시거나 눈물이 잘난다				
	시력이 전보다 나빠졌다				
	눈이 충혈되거나 아프다				
귀	말소리가 또렷하게 들리지 않는다				
	귀에서 소리가 난다				
코	코피가 자주 난다				
	콧물이 나고 코가 답답하다				
	냄새를 잘 못 맡는다				
입	잇몸에 피가 나거나 잇몸이 헐다				
	맛을 잘 못 느낀다				
소화기	배가 찌르듯이 아픈 적이 있었다				
	금속을 빨은 것 같은 입맛이 난다				
	변비가 있다				
심혈관 / 호흡기	작업 중 가슴이 두근거린다				
	일을 할 때 기침이 나고, 숨이 차다				
	가슴이 답답하다				
	아침에 일어났을 때 가래가 나오거나 기침 한다				
척추 / 사지	쉬고 난 다음날 작업장에 나가면 기침을 한다				
	팔, 다리, 어깨가 쭈시거나 아프다				
	손, 발이 떨리거나 힘이 없다				
	손이나 발의 감각이 둔해졌다				
	추우면 손가락이 하얗게 된다				
정신 / 신경	허리가 아프다				
	머리가 아프다				
	어지럽다				
	기억력 나빠지거나 건망증이 심해졌다				
	불안하고 초조하다				
	정신이 멍해지거나 술 취한 느낌이 든다				
비뇨 / 생식	정신을 집중하기 어렵다				
	소변이 잘 안 나온다				
	몸이 붓는다				
	생리가 불규칙해 졌다_여자만 해당				
자연유산한 적이 있다_여자만 해당					

작업중에 건강상의 문제(몸의 이상)를 느낀 적이 있습니까?
☐ 아니오 ☐ 예 ()

작업중 취급하는 물질로 인해 건강 문제가 생겼다고 생각합니까?
☐ 아니오 ☐ 예 ()

※ 그 외 다른 증상이 있는 경우 아래에 기술해 주십시오.