

**Kuisisioner Pemeriksaan Kesehatan Khusus
Masyarakat Kedokteran Okupasi dan Ekologi Korea
(Korean Society of Occupational and Environmental Medicine)**

Nama Perusahaan :

Nama :

※ **Pertanyaan terkait riwayat kesehatan (riwayat pasien dan riwayat keluarga)**

※ Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada kolom yang sesuai.

1. Apakah Anda **pernah didiagnosis** atau **sedang menjalani pengobatan** penyakit-penyakit dibawah ini?

| Penyakit | Stroke | Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris) | Tekanan Darah Tinggi | Diabetes | Dyslipidemia | Tuberkulosis | Lainnya (termasuk kanker) |
|-----------------|--------|--|----------------------|----------|--------------|--------------|---------------------------|
| Diagnosis | | | | | | | |
| Perawatan Medis | | | | | | | |

2. Apakah ada **keluarga, kakak laki-laki atau kakak perempuan** Anda yang **meninggal karena penyakit-penyakit** berikut?

| Penyakit | Stroke | Penyakit Jantung (Myocardial infarction/Angina pectoris) | Tekanan Darah Tinggi | Diabetes | Lainnya (termasuk kanker) |
|----------|--------|--|----------------------|----------|---------------------------|
| Ya | | | | | |

3. Apakah Anda adalah carrier **virus hepatitis B**? ① Ya ② Tidak ③ Tidak tahu

※ **Merokok**

4. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

4-1. Apakah Anda pernah merokok lebih dari lima bungkus (100 batang) rokok selama hidup Anda?

- ① Tidak (☞ Lanjut ke Pertanyaan 5)
- ② Ya, tetapi saya sudah berhenti merokok (☞ Lanjut ke Pertanyaan 4-2)

③ Ya, dan saya masih merokok (👉 Lanjut ke Pertanyaan 4-3)

4-2. Jika Anda pernah **merokok sebelumnya**, tetapi sudah berhenti:

| | |
|--|--------------------|
| Berapa lama Anda merokok sebelum akhirnya berhenti? | Total _____ tahun |
| Berapa banyak batang rokok yang Anda hisap setiap hari sebelum berhenti? | _____ batang rokok |

4-3. Jika Anda **masih merokok**:

| | |
|---|--------------------|
| Sudah berapa lama Anda merokok? | Total _____ tahun |
| Berapa banyak rata-rata batang rokok yang Anda hisap setiap hari? | _____ batang rokok |

※ **Alkohol**

5. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan tanda [O] pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

5-1. Berapa kali Anda minum alkohol dalam satu minggu?

- 0 1 kali 2 kali 3 kali 4 kali 5 kali 6 kali 7 kali

5-2. Saat Anda minum, **berapa banyak Anda minum dalam sehari?** (※Jenis alkohol apapun)
(_____ gelas)

※ **Aktivitas Fisik (Olahraga)**

6. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan cara memberikan data ceklis '√' pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi Anda saat ini**.

6-1. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik berat yang membuat Anda bernafas lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 20 menit (contoh: berlari, aerobik, bersepeda cepat, mendaki, dst.)?

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

6-2. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda melakukan aktivitas fisik cukup berat yang membuat Anda bernafas sedikit lebih cepat dari biasanya selama lebih dari 30 menit (contoh: berjalan cepat, tenis, bersepeda santai, mengepel lantai)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan jawaban pada pertanyaan 6-1

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

6-3. Selama seminggu terakhir, berapa banyak hari dimana Anda berjalan selama lebih dari 30 menit? (Paling tidak lebih dari 10 menit untuk sekali jalan) (contoh: olahraga ringan, termasuk berjalan ke dan dari kantor, atau untuk jalan-jalan)?

※ Tidak termasuk aktivitas fisik yang berhubungan dengan pertanyaan 6-1 dan 6-2

- 0 1 hari 2 hari 3 hari 4 hari 5 hari 6 hari 7 hari

※ **Petanyaan terkait gejala yang berhubungan dengan organ tubuh**

7. Isilah tabel dibawah ini berdasarkan gejala-gejala yang Anda alami selama enam bulan terakhir.

| Bagian Tubuh | Gejala-gejala | Intensitas | | |
|-------------------------------|--|------------|--------|--------------|
| | | Tinggi | Sedang | Tidak pernah |
| Umum | Kehilangan nafsu makan dan berat badan | | | |
| | Sering merasa lelah | | | |
| | Merasa ada benjolan di tubuh | | | |
| Kulit | Merasa gatal atau radang | | | |
| | Ruam kulit | | | |
| | Perubahan pada rambut, kuku tangan, atau kuku kaki | | | |
| | Kulit menjadi kasar dan pecah-pecah | | | |
| Mata | Mata iritasi dan sering mengeluarkan air mata | | | |
| | Penglihatan memburuk | | | |
| | Mata merah atau terluka | | | |
| Telinga | Tidak bisa mendengar dengan jelas | | | |
| | Telinga berdengung | | | |
| Hidung | Sering mimisan | | | |
| | Hidung gatal atau pilek | | | |
| | Kesulitan mencium bau | | | |
| Mulut | Gusi berdarah atau sariawan | | | |
| | Kesulitan mengecap rasa | | | |
| Pencernaan | Perut seperti ditusuk-tusuk | | | |
| | Rasa pahit di mulut | | | |
| | Konstipasi | | | |
| Kardiovaskular/ Pernafasan | Jantung berdebar-debar saat bekerja | | | |
| | Batuk dan nafas pendek saat bekerja | | | |
| | Sesak dada | | | |
| | Batuk berdahak saat bangun tidur | | | |
| | Batuk saat kembali bekerja setelah liburan | | | |
| Tulang/Tungkai | Sakit lengan, kaki, dan bahu | | | |
| | Tangan dan kaki bergetar atau lemas | | | |
| | Tangan dan kaki terasa kaku | | | |
| | Jari-jari tangan menjadi putih saat kedinginan | | | |
| | Sakit punggung | | | |

| Bagian Tubuh | Gejala-gejala | Intensitas | | |
|------------------------------|--|------------|--------|--------------|
| | | Tinggi | Sedang | Tidak pernah |
| Sistem Mental/Jaringan | Sakit kepala | | | |
| | Pusing | | | |
| | Ingatan memburuk dan sering lupa | | | |
| | Merasa cemas dan tidak tenang | | | |
| | Kepala terasa kaku atau terasa seperti mabuk | | | |
| | Kesulitan dalam berkonsentrasi | | | |
| Saluran Urin/Alat Reproduksi | Kesulitan saat kencing | | | |
| | Pembengkakan tubuh | | | |
| | Menstruasi tidak teratur | | | |
| | Mengalami keguguran | | | |

Jika Anda mengalami gejala-gejala lain, deskripsikan gejala-gejala tersebut pada kotak di bawah ini.

| |
|--|
| |
|--|

* Apakah Anda pernah mengalami masalah kesehatan (masalah fisik) selama bekerja? Ya Tidak

* Menurut Anda, apakah Anda memiliki masalah kesehatan karena bahan-bahan/barang-barang yang Anda gunakan saat bekerja? Ya Tidak

| | |
|-----------------|--|
| Komentar Dokter | |
|-----------------|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|