DOSH 의료 평가 설문지

출처 WAC 296-842-22005

작성요령

고용주:

* 본 설문지는 WAC 296-842-14005의 요건을 충족합니다.
* 귀하는 작성된 설문지를 선택하신 건강관리 제공자에게 전달하거나 보내는 방법을 직원에게 설명해야 합니다.
* 귀하는 직원의 설명지를 검토해서는 **안 됩니다**.

건강관리 제공자:

* 본 설문지의 정보와 고용주가 제공한 추가 정보를 검토하십시오.
* 귀하는 본인의 재량에 따라 본 설문지에 질문을 추가하실 수 있습니다. 단, 1-3부의 질문은 삭제하거나 변형해서는 안됩니다.
* 2부의 질문 1-8, 3부의 질문 1-6에 대해 긍정 응답을 한 경우 후속 평가가 필요합니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다. 긍정 응답, 의료 검사, 진단 절차를 평가하기 위한 전화 상담.
* 평가가 완료되면 작성된 추천서 사본을 고용주와 직원에게 보내십시오.

직원:

* 귀하의 고용주는 귀하께 일반 업무 시간 내에, 또는 귀하께 편한 시간과 장소에서 본 설문지에 답변하도록 해야 합니다.
* 귀하의 고용주나 감독자는 절대 귀하의 답변을 보거나 검토해서는 안됩니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1부 - 직원 배경 정보** |  |  |  |
| **모든 직원이 본 1부를 작성해야 합니다** |  |  |  |
| **정자체로 명확하게 기입해 주십시오.** |  |  |  |
| 1. 오늘 날짜: |  |  |  |
| 2. 본인 성명: |  |  |  |
| 3. 본인의 연령(가장 가까운 연령): |  |  |  |
| 4. 성별(한 성별에 동그라미 표시): 남/ 여 |  |  |  |
| 5. 본인 신장: ft. in. |  |  |  |
| 6. 본인 체중: lbs. |  |  |  |
| 7. 본인 직위: |  |  |  |
| 8. 본 설문지를 검토하는 건강관리 전문가가 연락을 드릴 수 있는 전화번호(지역번호 포함): | | | |
| 9. 이 번호로 전화를 받기에 가장 좋은 시간: |  |  |  |
| 10. 귀하의 고용주가 본 설문지를 검토할 건강관리 전문가에게 연락하는 방법을 알려주었습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 11. 귀하께서 사용하실 호흡기에 체크하십시오. |  |  |  |
| a. N, R, 또는 P 필터링 안면 호흡기(예를 들어 방진 마스크 **또는** N95 필터링 안면 호흡기). | | | |
| b. 해당되는 모든 사항에 체크하십시오. |  |  |  |
| 하프 마스크 안면 전체 마스크 헬멧 후드 이스케이프 호흡기 |  |  |  |
| 무동력 카트리지 또는 캐니스터 동력 공기 정화 카트리지 호흡기(PAPR) |  |  |  |
| 급기 또는 에어 라인 |  |  |  |
| 독립적 호흡장치(SCBA): 디맨드 또는 압력 디맨드 |  |  |  |
| 기타: |  |  |  |
| 12. 이전에 호흡기를 착용한 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하신 경우 어떤 유형인지 설명해주십시오. |  |  |  |
| **2부 - 일반 건강 정보** |  |  |  |
| **모든 직원이 본 2부를 작성해야 합니다** |  |  |  |
| **"예" 또는 "아니오"에 동그라미를 그려주십시오** |  |  |  |
| 1. *현재* 흡연을 하시거나 지난 달에 흡연을 하신 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 2. 다음 질환 중 *겪어보신* 질환이 있습니까? |  |  |  |
| a. 발작: | 예 | / | 아니오 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. 당뇨병: | 예 | / | 아니오 |
| c. 호흡을 어렵게 하는 알레르기 반응: | 예 | / | 아니오 |
| d. 폐소공포증: | 예 | / | 아니오 |
| e. 후각 문제: | 예 | / | 아니오 |
| 3. 다음 폐 질환 중 *겪어보신* 질환이 있습니까? |  |  |  |
| a. 석면증: | 예 | / | 아니오 |
| b. 천식: | 예 | / | 아니오 |
| c. 만성 기관지염: | 예 | / | 아니오 |
| d. 폐기종: | 예 | / | 아니오 |
| e. 폐렴: | 예 | / | 아니오 |
| f. 결핵: | 예 | / | 아니오 |
| g. 규폐증: | 예 | / | 아니오 |
| h. 기흉: | 예 | / | 아니오 |
| i. 폐암: | 예 | / | 아니오 |
| j. 갈비뼈 골절: | 예 | / | 아니오 |
| k. 흉부 상해 또는 수술: | 예 | / | 아니오 |
| l. 기타 들어보신 다른 폐 문제: | 예 | / | 아니오 |
| 4. 귀하는 *현재* 다음의 폐 질환 증상이 있습니까? |  |  |  |
| a. 숨가쁨: | 예 | / | 아니오 |
| b. 평지를 빠르게 걷거나 언덕 또는 경사지를 올라갈 때 숨가쁨: | 예 | / | 아니오 |
| c. 다른 사람들과 함께 평지를 보통 속도로 걸을 때 숨가쁨: | 예 | / | 아니오 |
| d. 평지에서 본인에 맞는 속도로 걸을 때 숨을 쉬기 위해 멈춰야 함: | 예 | / | 아니오 |
| e. 씻거나 옷을 입을 때 숨가쁨: | 예 | / | 아니오 |
| f. 업무에 지장이 있는 숨가쁨: | 예 | / | 아니오 |
| g. 가래가 생기는 기침: | 예 | / | 아니오 |
| h. 기침으로 인해 아침에 일찍 잠을 깸: | 예 | / | 아니오 |
| i. 주로 누워있을 때 기침이 나옴: | 예 | / | 아니오 |
| j. 지난 달에 피가 섞인 기침을 했음: | 예 | / | 아니오 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| k. 쌕쌕거림: | 예 | / | 아니오 |
| l. 업무에 지장이 있는 쌕쌕거림: | 예 | / | 아니오 |
| m. 깊이 숨을 쉴 때 가슴 통증이 있음: | 예 | / | 아니오 |
| n. 폐의 문제와 관련이 있다고 생각하시는 다른 증상: | 예 | / | 아니오 |
| 5. 다음 심혈관 질환 중 *겪어보신* 질환이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| a. 심장마비: | 예 | / | 아니오 |
| b. 뇌졸중: | 예 | / | 아니오 |
| c. 협심증: | 예 | / | 아니오 |
| d. 심부전: | 예 | / | 아니오 |
| e. 다리나 발이 부음(걸어서 생긴 것이 아님): | 예 | / | 아니오 |
| f. 부정맥(심장이 불규칙하게 뜀): | 예 | / | 아니오 |
| g. 고혈압: | 예 | / | 아니오 |
| h. 기타 들어보신 다른 심장 문제: | 예 | / | 아니오 |
| 6. 다음 심혈관 증상 중 *겪어보신* 질환이 있습니까? |  |  |  |
| a. 가슴의 통증이나 뻐근함이 자주 발생함: | 예 | / | 아니오 |
| b. 신체 활동을 할 때 가슴에 통증이나 뻐근함이 발생함: | 예 | / | 아니오 |
| c. 업무에 지장을 주는 가슴 통증이나 뻐근함: | 예 | / | 아니오 |
| d. 최근 2년 이내에 심장 박동이 불규칙하거나 박동을 건너뛰는 현상을 느낀 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| e. 음식 섭취와 관련이 없는 속쓰림 또는 소화불량: | 예 | / | 아니오 |
| f. 심장이나 순환 문제와 관련이 있다고 생각하시는 다른 증상: | 예 | / | 아니오 |
| 7. 귀하는 *현재* 다음 문제로 인해 약을 투약하고 계십니까? | 예 | / | 아니오 |
| a. 호흡 또는 폐 문제: | 예 | / | 아니오 |
| b. 심장병: | 예 | / | 아니오 |
| c. 혈압: | 예 | / | 아니오 |
| d. 발작: | 예 | / | 아니오 |
| 8. 호흡기를 이용해보셨다면 다음의 문제를 *경험하신 적* 이 있습니까? (호흡기를 사용해보신 적이 없다면 다음 공란에 체크하고 질문 9로 이동하십시오.) |  |  |  |
| a. 눈 자극: | 예 | / | 아니오 |
| b. 피부 알레르기 또는 발진: | 예 | / | 아니오 |
| c. 불안: | 예 | / | 아니오 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. 전반적인 무기력이나 피로: | 예 | / | 아니오 |
| e. 귀하의 호흡기 사용에 지장을 주는 다른 문제가 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 9. 본 설문지에서 귀하의 답변을 검토할 건강관리 전문가와 상담을 해보시겠습니까? | 예 | / | 아니오 |
| **3부 - 안면 전체 호흡기 또는 SCBA 사용자를 위한 추가 질문** |  |  |  |
| **"예" 또는 "아니오"에 동그라미를 그려주십시오** |  |  |  |
| 1. 한쪽 눈의 시각을 *상실해본* 경험(일시적 또는 영구적)이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 2. 귀하는 *현재* 다음과 같은 시력 문제가 있습니까? |  |  |  |
| a. 콘택트렌즈를 착용해야 함: | 예 | / | 아니오 |
| b. 안경을 써야 함: | 예 | / | 아니오 |
| c. 색맹: | 예 | / | 아니오 |
| d. 기타 다른 눈 또는 시력 문제: | 예 | / | 아니오 |
| 3. 고막 파손을 포함한 귀의 상해를 *경험한 적* 이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 4. 귀하는 *현재* 다음과 같은 청력 문제가 있습니까? |  |  |  |
| a. 난청: | 예 | / | 아니오 |
| b. 보청기를 착용해야 함: | 예 | / | 아니오 |
| c. 기타 다른 청력 또는 귀 문제: | 예 | / | 아니오 |
| 5. 귀하는 등 상해를 *입은 적* 이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 6. 귀하는 *현재* 다음과 같은 근골격계 문제가 있습니까? |  |  |  |
| a. 팔, 손, 다리 또는 발의 약화: | 예 | / | 아니오 |
| b. 등 통증: | 예 | / | 아니오 |
| c. 팔과 다리를 완전히 움직이기 어려움: | 예 | / | 아니오 |
| d. 허리를 앞이나 뒤로 굽힐 때 통증 또는 뻣뻣함: | 예 | / | 아니오 |
| e. 머리를 위나 아래로 완전히 움직이기 어려움: | 예 | / | 아니오 |
| f. 머리를 양 옆으로 완전히 움직이기 어려움: | 예 | / | 아니오 |
| g. 무릎을 굽히기 어려움: | 예 | / | 아니오 |
| h. 지면에 쪼그려 앉기 어려움: | 예 | / | 아니오 |
| i. 무게가 25lbs 이상인 물건을 들고 계단 오르기 또는 사다리 오르기 | 예 | / | 아니오 |
| j. 호흡기 사용에 지장을 주는 다른 근육 또는 골격계 문제 | 예 | / | 아니오 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4부 - 재량에 따른 질문** |  |  |  |
| **귀하의 고용주가 정한 건강관리 제공자가 필요한 것으로 결정한 경우에만 본 4부의 질문에 답변하십시오** | | | |
| 1. 귀하는 현재 업무에서 고고도(5,000 피트 이상) 또는 정상보다 산소량이 적은 장소에서 일을 합니까? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하신 경우, 이러한 상황에서 작업을 하실 때 현기증, 숨가쁨, 두근거림, 또는 기타 증상을 경험하셨습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 2. 유해 용액, 유해 공기 매개 화학물질(가스, 연기, 먼지 등)에 노출된 경험이 있거나, **또는** 유해 화학물질이 피부에 접촉한 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하신 경우, 화학물질 이름을 아신다면 말씀해주십시오. |  |  |  |
| 3. 아래 제시된 물질을 이용한 작업이나 그러한 환경 하에서 작업해보신 적이 있습니까? | | | |
| a. 석면? | 예 | / | 아니오 |
| b. 실리카(예를 들어 샌드블라스팅)? | 예 | / | 아니오 |
| c. 텅스텐/코발트(예를 들어 이러한 재료의 연마나 용접)? | 예 | / | 아니오 |
| d. 베릴륨? | 예 | / | 아니오 |
| e. 알루미늄? | 예 | / | 아니오 |
| f. 석탄(예를 들어 채굴)? | 예 | / | 아니오 |
| g. 철? | 예 | / | 아니오 |
| h. 주석? | 예 | / | 아니오 |
| i. 먼지가 많은 환경? | 예 | / | 아니오 |
| j. 기타 유해 노출? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 이러한 노출을 설명해주십시오. |  |  |  |
| 4. 귀하께서 하시는 부업이 있으면 적어주십시오. |  |  |  |
| 5. 귀하의 이전 직업을 적어주십시오. |  |  |  |
| 6. 귀하의 현재 취미와 이전 취미를 적어주십시오. |  |  |  |
| 7. 귀하는 군복무를 한 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 생물 작용제나 화학 작용제에 노출된 적이 있습니까(훈련 또는 전투에서)? | 예 | / | 아니오 |
| 8. HAZMAT 팀에서 일하신 적이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 9. 본 설문지의 앞에서 언급하신 호흡 및 폐 질환, 심장병, 혈압, 발작 약 외에 다른 이유로 인해 투약하시는 다른 약물(일반 의약품 포함)이 있습니까? | 예 | / | 아니오 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| "예"라고 답변하신 경우, 약품 이름을 아신다면 말씀해주십시오. |  |  |  |
| 10. 귀하의 호흡기에 다음 물품을 이용하시겠습니까? |  |  |  |
| a. HEPA 필터: | 예 | / | 아니오 |
| b. 캐니스터(예를 들어 가스 마스크): | 예 | / | 아니오 |
| c. 카트리지: | 예 | / | 아니오 |
| 11. 귀하는 호흡기를 얼마나 자주 사용하셔야 합니까? |  |  |  |
| a. 탈출 시에만(구조 아님): | 예 | / | 아니오 |
| b. 비상 구조 시에만: | 예 | / | 아니오 |
| c. *주당*5시간 미만: | 예 | / | 아니오 |
| d. *하루*2시간 미만: | 예 | / | 아니오 |
| e. 하루 2-4시간: | 예 | / | 아니오 |
| f. 하루 4시간 초과: |  |  |  |
| 12. 호흡기를 이용하시는 동안 귀하의 업무 강도는: |  |  |  |
| a. *낮음* (시간 당 200 kcal 미만): | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 평균적으로 근무 시 이 시간이 얼마나 지속됩니까?  시간 분 |  |  |  |
| 낮은 업무 강도는 앉아서 하는 서류 작성, 타이핑, 초안 작성, 가벼운 조립 작업, 또는 서서 하는 드릴 프레스(1-3 lbs.) 또는 기계 조작을 예로 들 수 있습니다. | | | |
| b. *보통* (시간 당 200 - 350 kcal): | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 평균적으로 근무 시 이 시간이 얼마나 지속됩니까?  시간 분 |  |  |  |
| 보통 업무 강도는 앉아서 하는 못질이나 줄질, 도시 교통 환경에서 트럭이나 버스 운전하기, 서서 하는 드릴 작업, 못질, 조립 작업 또는 몸통 높이에서 보통 무게의 짐(약 35 lbs.) 옮기기, 약 2 mph의 속도로 평지 걷기, 약 3 mph의 속도로 5도 경사의 내리막 걷기, 평지에서 무거운 짐(약 100 lbs.)이 실린 손수레 밀기를 예로 들 수 있습니다. | | | |
| c. *높음* (시간 당 350 kcal 초과): | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 평균적으로 근무 시 이 시간이 얼마나 지속됩니까?  시간 분 |  |  |  |
| 강도가 높은 업무는 무거운 짐을 바닥에서 허리나 어깨 높이로 들기(약 50 lbs.), 하역장에서 일하기, 삽질하기, 서서 하는 벽돌쌓기 또는 주물 깨기, 약 2 mph의 속도로 8도 경사 올라가기,  무거운 짐(약 50 lbs.)을 들고 계단 오르기를 예로 들 수 있습니다. | | | |
| 13. 호흡기 이용 시 보호복 및/또는 장비(호흡기 외)를 착용하시겠습니까? | 예 | / | 아니오 |
| "예"라고 답변하셨다면 이 보호복 및/또는 장비를 설명해주십시오. |  |  |  |
| 14. 고온 조건(77°F를 초과한 온도)에서 일을 하시겠습니까? | 예 | / | 아니오 |
| 15. 습도가 높은 환경에서 일을 하시겠습니까? | 예 | / | 아니오 |

|  |
| --- |
| 16. 호흡기를 착용하고 하는 일에 대해 설명해주십시오. |
| 17. 호흡기 이용 시 발생할 수 있는 특수 상황이나 유해 상황(예를 들어 좁은 공간, 생명에 위협적인 가스)이 있으면 설명해주십시오. |
| 18. 호흡기를 착용하고 노출하게 되는 각 독성 물질에 대해 다음의 정보를 아신다면 말씀해주십시오. |
| 일차 독성 물질 이름: |
| 근무 시간 당 예상 최대 노출도: |
| 근무 시간 당 노출 시간: |
| 이차 독성 물질 이름: |
| 근무 시간 당 예상 최대 노출도: |
| 근무 시간 당 노출 시간: |
| 삼차 독성 물질 이름: |
| 근무 시간 당 예상 최대 노출도: |
| 근무 시간 당 노출 시간: |
| 호흡기를 착용하고 노출될 수 있는 다른 독성 물질의 이름: |
| 19. 귀하께서 호흡기를 착용한 상태에서 취해야 하는 다른 사람의 안전과 복지에 영향을 미칠 수 있는 특수 책임(예를 들어 구조, 보안)에 대해 설명해주십시오. |

[법에 의해 규정된 권한: RCW 49.17.010, .040, .050, 및 .060. 17-18-075 (Order 16-17), § 296-842-22005, 제출일 09/05/2017, 효력일 10/06/2017. 법에 의해 규정된 권한: RCW 49.17.050. 09-19-119 (Order 09-02), § 296-842-22005, 제출일 09/22/09, 효력일 12/01/09. 법에 의해 규정된 권한: RCW 49.17.010, .040, .050, 및 .060. 07-05-072 (Order 06-39), § 296-842-22005, 제출일 02/20/07, 효력일 04/01/07. 법에 의해 규정된 권한: RCW 49.17.010, .040, .050, 및 .060. 03-20-114 (Order 02-12), § 296-842-22005, 제출일 10/01/03, 효력일 01/01/04.]