

## No.2 (秘) 健康相談問診票

産業医が健康相談を必要と判断した方を対象に、健康の保持・増進を図るため、健康状態に応じた適切な保健指導を行うものです。以下の項目に記入の上、持参してください。

- ①社番 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_ 業務内容 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 満 \_\_\_\_\_ 歳 男・女
- ②最近3ヶ月の平均的な実績を記入してください。  
(1) 睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間/日 (2) 片道通勤時間 \_\_\_\_\_ 時間 (3) 通勤手段 \_\_\_\_\_  
(4) 労働時間 \_\_\_\_\_ 時間/日 (5) 休日出勤日数 \_\_\_\_\_ 日/月
- ③分かる範囲で結構ですので記入してください。  
(1) 過去の病気 \_\_\_\_\_  
(2) 現在治療中の病気 \_\_\_\_\_  
(3) 現在の自覚症状 \_\_\_\_\_  
(4) 直前の一般定期健診結果 (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
異常なし 要注意 ( \_\_\_\_\_ ) 要医療 ( \_\_\_\_\_ ) 治療中 ( \_\_\_\_\_ )
- ④最近3ヶ月について考え、最もよく当てはまる項目に○印をつけてください。
- |                |         |                 |          |       |
|----------------|---------|-----------------|----------|-------|
| 1.現在の精神健康自覚度   | ・・・全く健康 | 概ね健康            | やや不健康    | 不健康   |
| 2.現在の身体健康自覚度   | ・・・全く健康 | 概ね健康            | やや不健康    | 不健康   |
| 3.仕事の量の負担      | ・・・     | 重い              | 適度       | 軽い    |
| 4.仕事の内容の負担     | ・・・     | 重い              | 適度       | 軽い    |
| 5.職場の人間関係      | ・・・     | 悪い              | 普通       | よい    |
| 6.自由裁量権        | ・・・     | ない              | 少し       | 大いにある |
| 7.仕事への満足度      | ・・・     | 低い              | 普通       | 高い    |
| 8.睡眠           | ・・・     | 寝つきが悪い・途中で目が覚める | ぐっすり眠れない | よく眠れる |
| 9.食欲がおちた       | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 10.朝の調子が悪い     | ・・・     | いつも             | 時々       | いいえ   |
| 11.いらいらする      | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 12.気分が落ち込む     | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 13.休日は休んでいたい   | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 14.腰が痛い        | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 15.胸が痛い、動悸がする  | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 16.それ以外のどこかが痛い | ・・・     | はい              | 時々       | いいえ   |
| 17.他の症状がある     | ・・・     | はい ( _____ )    |          | いいえ   |
| 18.気分転換が上手にできる | ・・・     | はい              | 普通       | いいえ   |
| 19.本音を言える人がいる  | ・・・     | はい              |          | いいえ   |
| 20.中途半端がきらいである | ・・・     | はい              | 普通       | いいえ   |
- ⑤現在気になる事・相談したい事がありますか？  
(1) はい (2) いいえ
- ⑥以下の項目は、健康相談当日に記入します。  
血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
聴診 \_\_\_\_\_  
その他所見 \_\_\_\_\_