No.17　過重労働者の面接指導（帳票）

健康推進センター

所属

社員番号・氏名　　様

長時間勤務者・産業医面接問診票

面接に使用しますので本人覧を記入し面接時ご持参下さい。この情報は面接の目的以外には使用致しません。記入はポールペンでお願いします。

対象期間	○○年　　月　　日　～　　月　　日					
勤務時間 (単位:時間)	月	6ヶ月 平均	5ヶ月 平均	4ヶ月 平均	3ヶ月 平均	2ヶ月 平均

本人記入欄該当に✓印	記入日	年　　月　　日

1. 以下のような自覚症状がありますか？（該当に✓印）

□頭が痛い	□便秘	□胸の痛み	□不安感
□頭が重い	□下痢	□喉のつかえ感	□イライラ感
□肩や首のこり	□吐き気	□息苦しさ	□過度の緊張感
□めまい	□食欲がない	□胸がどきどきする	□思考力や集中力の低下
□ふらつき	□体重減少	□異常な量の寝汗	□抑うつ気分
□しびれ	□意欲低下	□微熱	□疲労感
□ふるえ	□腹部の不快感	□その他	

2. 睡眠について

平均睡眠時間　＿＿＿時間・就寝時間　午前・午後　＿＿＿時

下記の症状がありますか（該当に✓印）

□寝つきが悪い　□途中目が覚める　□早く目が覚める　□熟睡感がない

3. 今のストレス度は 10 点評価で何点ですか　＿＿＿＿＿＿＿点

（目安）　全くない 0 点・普通 5 点・満杯 10 点

ストレスの内容は（複数回答可、該当に✓印）

□仕事の量　□仕事の質　□職場の人間関係（上司･同僚･部下）□プライベート

4. 自分の趣味の時間やリラックスできる時間がありますか　　有　　無

〇〇年　　月　　日

所属長　殿

長時間勤務者・産業医面接結果報告

健康推進センター
担当：

産業医面接に使用しますので、上司欄を記入し面接時に本人が持参下さい。この情報は面接の目的以外には使用致しません。記入はポールペンでお願いします。

対象期間	〇〇年　　月　　日　～　　月　　日					
所属･氏名	（　　）歳					
勤務時間 (単位:時間)	月	6ヶ月平均	5ヶ月平均	4ヶ月平均	3ヶ月平均	2ヶ月平均

上司記入欄	記入日	年　　月　　日	(印) TEL

業務内容、今後の予定、上司からみた様子　など

健康推進センター記入欄(産業医)	面接日	年　　月　　日	面接・記録者 (印)