

長時間残業者 健康状態質問票

記入年月日 年 月 日

従業員番号 _____ 氏名(フリガナ) _____

年齢 _____ 所属(勤務地) _____ 内線番号 _____

残業時間: 今月(見込み) _____ 時間 前月 _____ 時間 前々月 _____ 時間

A. 最近 1 ヶ月間の自覚症状について、各質問に対し当てはまる項目にチェックを付けて下さい。

1. いらいらする	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
4. ゆううつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
8. することに間違いが多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
9. 工作中、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
10. やる気がでない	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
11. へとへとだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
13. 以前とくらべて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある

B. 最近 1 ヶ月間の勤務の状況について各質問に対し最も当てはまる項目にチェックを付けて下さい。

1. 1 ヶ月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 非常に多い
2. 不規則な勤務(予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い	
3. 出張に伴う負担(頻度・拘束時間・時差など)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	
4. 深夜勤務に伴う負担(★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である	<input type="checkbox"/> 不適切である	
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい
7. 仕事についての身体的負担(★2)	<input type="checkbox"/> 小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい

★1: 深夜勤務の頻度や時間数から総合的に判断して下さい。

深夜勤務は、深夜時間帯(午後 10 時～午前 5 時)の一部または全部を含む勤務をいいます。

★2: 肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担。

C. 各質問に対し最も当てはまる項目にチェックを付けて下さい。

1. 通勤時間はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 30～60分	<input type="checkbox"/> 60分以上
2. この1ヶ月の酒量はどうでしたか	<input type="checkbox"/> 飲まない又は 適当	<input type="checkbox"/> 多かった	<input type="checkbox"/> 非常に多かった
3. 食欲はありますか	<input type="checkbox"/> 旺盛だ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまりない
4. プライベートで、自分が自由に使える 時間はありますか	<input type="checkbox"/> 多くある	<input type="checkbox"/> 適当にある	<input type="checkbox"/> ほとんどない
5. 仕事にあなたの意見を反映できますか	<input type="checkbox"/> そうだ又は まあそうだ	<input type="checkbox"/> ややちがう	<input type="checkbox"/> ちがう
6. マイペースで仕事ができますか	<input type="checkbox"/> そうだ又は まあそうだ	<input type="checkbox"/> ややちがう	<input type="checkbox"/> ちがう
7. 上司のサポートは得やすいですか	<input type="checkbox"/> 非常に又は かなり	<input type="checkbox"/> 多少	<input type="checkbox"/> 全くない
8. 同僚のサポートは得やすいですか	<input type="checkbox"/> 非常に又は かなり	<input type="checkbox"/> 多少	<input type="checkbox"/> 全くない
9. この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったことがよく ありましたか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
10. この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から 楽しめない感じがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ

- 当質問票は、速やかに医務産業衛生部までご送付下さいますようお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

----- 以下医務産業衛生部 使用欄 -----

<自覚症状>

I	0～4点	II	5～10点	III	11～20点	IV	21点以上
---	------	----	-------	-----	--------	----	-------

<勤務状況>

A	0点	B	1～2点	C	3～5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

<判定表>

	A	B	C	D
I	0	0	2	4
II	0	1	3	5
III	0	2	4	6
IV	1	3	5	7
TQ	/	0	1	2

<総合判定>

面接: 必要・不要 産業医署名: _____