

長時間労働による健康障害防止のための 面接指導自己チェック票

長時間労働による健康障害防止のため、労働者は労働安全衛生法に基づいて、事業者が行う医師による面接指導の受診が義務づけられています。
このチェック票は、医師による面接指導を受ける労働者本人が、あらかじめ自己チェックし、必要事項を記入した上で医師または下記の窓口に提出し、医師の判断・指導に役立てるものです。
正しく判断して記入して下さい。

所沢地域産業保健センター

氏名		事業所名	
----	--	------	--

記入年月日	平成 年 月 日
-------	----------

あなたの面接指導日は、次のとおりです。

平成 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分 ~	時 分
----------------	-------	-------	-----

このチェック票の提出窓口

所沢地域産業保健センター 面接指導医

このチェック票の提出期限

平成 年 月 日 または 面接指導時に持参

この自己チェック票は、面接指導を担当する医師があなたの健康状態を正しく把握する目的でお尋ねするものです。回答された内容は、守秘義務のある医師等が一般の診療録(カルテ)に準じた取扱いを行うので、医師等から事業者にもそのまま開示されることはありません。医師から事業者へは、就業上必要な措置の内容を中心に記載した面接指導結果報告書が別途提出されることとなります。回答された内容の確認や訂正など個人情報の取扱いについてのご意見やご質問があれば、ご遠慮なく面接指導のコーディネーターまでご連絡ください。

連絡場所 所沢地域産業保健センター

TEL 04-2992-8026 FAX 04-2995-6635

Email tokoishi@tokorozawa.saitama.med.or.jp

1 あなたの仕事の過重性・ストレスについて自分の かんじていることをお答えください。

(該当項目をチェックしてください。)

	そ う だ	ま あ そ う だ	や や 違 う	違 う
1) 労働時間(残業時間)が長い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 不規則勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 拘束時間の長い勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 出張が多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頻度	日 回/月			
出張先	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 海外(時差: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
5) 交代制勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 深夜勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 人間関係のストレスが多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 作業環境について				
温度環境が良くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
騒音が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 精神的緊張性の高い業務である				
自分または他人に対し危険度の高い業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過大ノルマのある業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
達成期限が短く限られている業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トラブル・紛争処理業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲の支援のない業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
困難な新規・立て直し業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 あなたの疲労蓄積度をチェックして下さい。

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

① 最近1ヶ月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. イライラする	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
4. ゆうつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
8. することに間違いが多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
9. 仕事中、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
10. やる気がでない	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
11. へとへとだ(運動後を除く)	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
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(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)
13. 以前と比べて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> 時々ある(1)	<input type="checkbox"/> よくある(3)

<自覚症状の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。

合計	点
----	---

I	0～4点
II	5～10点
III	11～20点
IV	21点以上

② 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をチェックしてください。

1. 1ヶ月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当(0)	<input type="checkbox"/> 多い(1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い(3)
2. 不規則な勤務(予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない(0)	<input type="checkbox"/> 多い(1)	<input type="checkbox"/> —
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(0)	<input type="checkbox"/> 大きい(1)	<input type="checkbox"/> —
4. 深夜勤務に伴う負担(★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい(0)	<input type="checkbox"/> 大きい(1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい(3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である(0)	<input type="checkbox"/> 不適切である(1)	<input type="checkbox"/> —
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい(0)	<input type="checkbox"/> 大きい(1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい(3)
7. 仕事についての身体的負担(★2)	<input type="checkbox"/> 小さい(0)	<input type="checkbox"/> 大きい(1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい(3)

★1: 深夜勤務の頻度や時間数など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言います。

★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

<勤務の状況の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。

合計	点
----	---

A	0点
B	1～2点
C	3～5点
D	6点以上

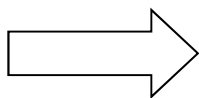
③ 総合判定

次の表を用い、(1)自覚症状の評価、(2)勤務の状況の評価結果から、あなたの仕事による負担度の点数(0~7)を求めてください。

仕事による負担度点数表

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

* 糖尿病や高血圧症等の疾病がある方は判定が正しく行われたい可能性があります。



あなたの仕事による負担度の点数は

点(0~7)

判定	点 数	仕事による負担度
	0~1	<input type="checkbox"/> 低いと考えられる
	2~3	<input type="checkbox"/> やや高いと考えられる
	4~5	<input type="checkbox"/> 高いと考えられる
	6~7	<input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる

3 最近のあなたのご様子についておうかがいします。次の質問を読んで次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ