

長時間勤務者健診調査票

(年 月度)

(健診日 年 月 日)

所属		所定外労働時間 今 月 H
氏名 (従業員番号:) 年齢 才		前 月 H 前々月 H

1.現在、治療の必要な疾患にかかっていますか？(当てはまる項目を○で囲んで下さい)

かかっていない / かかっている (かかっている場合、以下も記入して下さい)

① 治療を受けていますか 受けている / 受けていない

② 病名を記入して下さい ()

2.医師の診察を希望しますか？

希望しない / 希望する → 希望時期 (月 日 時頃)

* 1ヶ月の残業時間が100時間を越える場合は、必ず健康診断を受けて下さい。

3.以下の質問で、現在の健康状況にあてはまるところに○印をつけてください。

	いいえ	ときどき 数回/月	しばしば 数回/週	いつも 毎日
① 胸や心臓のところで、締めつけられたり、押さえつけられたりするような感じがすることがありますか？				
② 同じように働いていても、他の人より息切れがしやすいほうですか？				
③ 食欲がないことがありますか？				
④ 吐き気があったり、吐いたりすることがありますか？				
⑤ 食事の前など、空腹のときに胃が痛みますか？				
⑥ このごろ、急に痩せてきましたか？				
⑦ 物事に対して、たやすく決断ができますか？				
⑧ 体力や気力が充実して、物事がさっさとさばけますか？				
⑨ 眠れないことがありますか？				
⑩ 気分が沈んで憂鬱なことがありますか？				
⑪ 肩や首筋がこりますか？				
⑫ 目が疲れることはありますか？				
⑬ 目が覚めたとき疲れがとれない感じがしますか？				

4.現在の健康状態で気になるところがあれば記入して下さい。

5.医師記入欄 医師氏名:()

所見及び意見