

長時間勤務者 面談用チェックシート [年 月勤務分]

記入日: 年 月 日

このチェックシートは、あなたの健康状態を把握するための医師等による面談時の資料です。

社員番号	氏名	年齢 才	勤務地区	区分 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 一般職
所属・役職:			上司名	

○勤務状況

(深夜残業:22時~5時)

勤務月		時間外労働時間(休日除く)	休日時間外労働時間	深夜残業回数	所定休日数	有給休暇取得日数
当月(予定)	(月)	H	H	回	日	日
先月	(月)	H	H	回	日	日
先々月	(月)	H	H	回	日	日

○最近の生活習慣状況

通勤時間	片道 分	睡眠時間	約 H (含む、休日) 最近の変化()
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日× 年) 最近の変化()	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よく 最近の変化()
食事	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> やや不規則 <input type="checkbox"/> 不規則	運動	<input type="checkbox"/> 特にしない <input type="checkbox"/> 努めて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする

○主訴、自覚症状 特になし

<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・意欲の低下 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 思考力の低下 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠(入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など) <input type="checkbox"/> 日中の眠気 <input type="checkbox"/> 疲労感	
---	--

○最近の気分について

	はい	いいえ		はい	いいえ
1 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 以前は楽にできていたことが、今はおっくうに感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 わけもなく疲れたような気がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

1. 最近1か月間の自覚症状

各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

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. やる気が出ない	<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) ★1	<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. 以前とくらべて、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)
14. 食欲がないと感じる	<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)

★1:へとへと:非常に疲れて体に力がなくなったさま

<自覚症状の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算してください。 合計 _____ 点

I: 0-2点	II: 3-7点	III: 8-14点	IV: 15点以上
---------	----------	------------	-----------

2. 最近1か月間の勤務の状況

各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

1. 1か月の労働時間（時間外・休日労働時間を含む）	<input type="checkbox"/> 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、突如の仕事）	<input type="checkbox"/> 少ない（0）	<input type="checkbox"/> 多い（1）	—
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）	—
4. 深夜勤務に伴う負担 ★2	<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）	—
6. 仕事についての身体的負担 ★3	<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）
8. 職場・顧客等の人間関係による負担	<input type="checkbox"/> 小さい（0）	<input type="checkbox"/> 大きい（1）	<input type="checkbox"/> 非常に大きい（3）
9. 時間内に処理しきれない仕事	<input type="checkbox"/> 少ない（0）	<input type="checkbox"/> 多い（1）	<input type="checkbox"/> 非常に多い（3）
10. 自分のペースでできない仕事	<input type="checkbox"/> 少ない（0）	<input type="checkbox"/> 多い（1）	<input type="checkbox"/> 非常に多い（3）
11. 勤務時間外でも仕事のことが気にかけて仕方ない	<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）
12. 勤務日の睡眠時間	<input type="checkbox"/> 十分（0）	<input type="checkbox"/> やや足りない（1）	<input type="checkbox"/> 足りない（3）
13. 終業時刻から次の始業時刻の間にある休憩時間 ★4	<input type="checkbox"/> 十分（0）	<input type="checkbox"/> やや足りない（1）	<input type="checkbox"/> 足りない（3）

★2：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断してください。

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。

★3：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担をいいます。

★4：これを勤務間インターバルといいます。

<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ください。 合計 _____ 点

A: 0点	B: 1-5点	C: 6-11点	D: 12点以上
-------	---------	----------	----------

3. 総合判定

次の表を用い、自覚症状、勤務の状況の評価から、あなたの疲労蓄積度の点数（0～7）を求めてください。

【疲労蓄積度点数表】

		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、高血圧症等の疾患がある方は判定が正しく行われたい可能性があります。

あなたの疲労蓄積度の点数： _____ 点（0～7）

判定	点数	疲労蓄積度
	0～1	低いと考えられる
	2～3	やや高いと考えられる
	4～5	高いと考えられる
	6～7	非常に高いと考えられる

（本人記入）

私は面接記録を会社に保管することに同意します/同意しません

私はこの記録を事業者および上司に開示することに同意します/同意しません

年 月 日

氏名：

* 記録を会社に保管する場合は会社で定められた担当者が鍵をつけた保管場所に保管し、生命の危険がある場合や本人の同意がある場合を除き、事業者に開示されることはありません。