

長時間労働者への面接指導を申し込まれる方へ

長時間労働者への面接指導をご希望の方は、下記書類を事前にご送付下さい。

- ①様式地 4 医師による面接指導申出書（本人記載）
- ②様式地 5 労働時間等に関するチェックリスト（会社担当者記載）
- ③疲労・ストレス蓄積度のチェックリスト（本人記載）
- ④長時間労働者への面接指導 問診票（本人記載）
- ⑤直近の健康診断結果票の写し

※但し、③④につきましては、事業場で独自に作成された様式でも構いません。

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*
八代水俣地域産業保健センター
〒866-0074
熊本県八代市平山新町 4438-5
八代市医師会健診検査センター内
TEL : 0965-39-9531
FAX : 0965-39-9532
MAIL : sanpo@yatsushiro-med.or.jp
--*-*-*-*-*-*-*-*-*-**

様式地 4 (例)

医師による面接指導申出書

令和 年 月 日

事業者

殿

所 属

氏 名

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分 (いずれかにチェック)

- : 1月あたり80時間を超える時間外・休日労働
(労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項)
- : 上記以外の長時間労働等
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項)
- : 高度プロフェッショナル制度適用者で、1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第3項)
- : 高ストレス者
(労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の15)

2 面接指導を受ける医師 (いずれかにチェック)

- : 地域産業保健センターの医師
- : 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

様式地5 労働時間等に関するチェックリスト

(R1.5.1改正)

- 1 氏名 性別 男 女 年齢 歳
- 2 所属事業場名・部署 役職
- 3 雇用形態 正社員 契約社員・パートタイム等 派遣労働者
- 4 労働時間制等 変形労働時間制または裁量労働制の適用

(該当項目をチェック)

- 長時間労働者向け面接指導の対象者 高ストレス者向け面接指導の対象者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

(高度プロフェッショナル制度適用者以外)

- 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者 (医師のみ)
- 時間外・休日労働時間が月80時間超の者 (申し出者でない者)
- 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者 (以下「研究開発業務従事者」という。) であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者 (医師のみ)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者 (医師のみ)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者 (申し出者でない者)
- 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- その他の者：
(高度プロフェッショナル制度適用者：(いずれも医師のみ))
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間超の者
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下の申し出者

- 過去の面接指導 (なし あり ・ 過去の指導年月 年 月)

前1か月間について

年 月 日 ~ 年 月 日

①労働時間等	総労働時間 (実績)	<input type="text"/>	時間/月
	時間外・休日労働時間	<input type="text"/>	時間/月
	通勤時間 (片道)	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分	
②労働日数等	総労働日数 (実績)	<input type="text"/>	日/月
	所定休日数	<input type="text"/>	日/月
	有給休暇・欠勤日数	<input type="text"/>	日/月

③業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

作成者

氏名	<input type="text"/>
事業場名	
連絡先	

疲労・ストレス蓄積度のチェック

氏名 _____ 記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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か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. 工作中、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)	<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)

〈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か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か月の時間外労働	<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)	—
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(★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい(0)	<input type="checkbox"/> 大きい(1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い(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"/> 非常に多い(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"/> 非常に多い(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) 総合判断

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、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ない可能性があります。

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

※点数が4点以上の場合は仕事の負担度が高いと考えます。

長時間労働者への面接指導 問診票

記入日：令和 年 月 日

氏名 _____

■現在、治療中の病気はありますか？ 該当する項目を○で囲んで下さい

高血圧 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 肥満 痛風ないし高尿酸血症

脳血管疾患 虚血性心疾患 不整脈() 肝疾患()

腎疾患() がん() その他()

特になし

■下記のような自覚症状がありますか？ 該当する項目を○で囲んで下さい

頭痛・頭重 めまい しびれ 歩行障害 動悸 息切れ 胸痛、

むくみ 抑うつ気分 興味・意欲の低下 不安感 思考力の低下 もの忘れ、

食欲低下 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) 疲労感

特になし

■生活習慣についておたずねします。該当するものに✓をつけて下さい。

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん(換算) 本/日(日/週)
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日× 年
運動	<input type="checkbox"/> 特にしなない <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均(休日を含む) 時間