

長時間労働者への医師による面接指導をご希望の方へ

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長時間労働者への面接指導申込書
- ②疲労・ストレス蓄積度のチェックリスト
- ③長時間労働者への面接指導 問診票
- ④直近の健康診断結果票の写し

※但し、②、③につきましては、事業場で独自に作成された書類と内容が重複する場合は、必要ありませんので、①と④と事業場からの書類をご送付下さい。

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*
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 4453-2
TEL : 0965-39-9531
FAX : 0965-39-9532
MAIL : sanpo@yatsushiro-med.or.jp
--*-*-*-*-*-*-*-*-*-**

長時間労働者への面接指導申込書

申込日：平成 年 月 日

1. 面接指導申込みの理由

- 時間外・休日労働月100時間超の申し出者
- 会社または事業場の基準該当者
- 時間外・休日労働月100時間超の者
- 時間外・休日労働2～6月平均80時間超の者
- 時間外・休日労働月45時間超の者
- その他（ ）

2. 過去の面接指導

- なし あり（直近の年月： 年 月）

3. 面接を受ける方についての情報（労働時間等について他に記載がある場合は太枠のみ記入）

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名					
所属事業場名 及び部署		役職			
所在地	〒				
	電話 ()	FAX ()			
労働時間等	平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
	総労働時間(実績)		時間/月		
	時間外・休日労働時間		時間/月		
	通勤時間(片道)		時間 分		
業務内容 (責任性などを含む)					
上司からの情報等 (ありましたらご記入下さい)					

4. 面接希望日

	希望曜日						希望時間帯				
第一希望	特になし	月	火	水	木	金	特になし	14:00	15:00	16:00	その他()
第二希望	特になし	月	火	水	木	金	特になし	14:00	15:00	16:00	その他()
第三希望	特になし	月	火	水	木	金	特になし	14:00	15:00	16:00	その他()

※詳細につきましては、ご連絡して調整致します。

連絡先

- 本人(TEL:)
- 事業場の担当者(氏名: TEL:)

疲労・ストレス蓄積度のチェック

氏名 _____

記入日：平成 _____ 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"/> 非常に大きい
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"/> 非常に大きい
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

★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の場合
は判定が正しく行われな可能性がります。

➡

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:平成 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