

(記入日:)

疲労蓄積度

産業医 所見
1 至急面談 2 要面談
3 問題なし 4 ()

所属	職位	氏名	男女	歳	入社年月日	勤続
----	----	----	----	---	-------	----

★当てはまる項目に数字の「1」を記入して下さい

A 疲労蓄積度チェックシート (厚生労働省推奨)

Q1	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の口()に数字の「1」を記入してください	ほとんどない 〔 0点 〕	時々ある 〔 1点 〕	よくある 〔 3点 〕
①	イライラする			
②	不安だ			
③	落ち着かない			
④	ゆううつだ			
⑤	よく眠れない			
⑥	体の調子が悪い			
⑦	物事に集中できない			
⑧	することに間違いが多い			
⑨	工作中、強い眠気に襲われる			
⑩	やる気が出ない			
⑪	へとへとだ(運動後を除く)			
⑫	朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる			
⑬	以前とくらべて、疲れやすい			
<自覚症状の評価> [I]0-4点 [II]5-10点 [III]11-20点 [IV]21点以上				判定

Q2	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の口()に数字の「1」を記入してください	〔 0点 〕	〔 1点 〕	〔 3点 〕
①	1ヶ月の時間外労働	ない又は適当	多い	非常に多い
②	不規則な勤務	少ない	多い	---
③	出張に伴う負担(予定の変更、突然の仕事)	ない又は小さい	大きい	---
④	深夜勤務に伴う負担(★1)	ない又は小さい	大きい	非常に大きい
⑤	休息・仮眠の時間数および施設	適切である	不適切である	
⑥	仕事についての精神的負担	小さい	大きい	非常に大きい
⑦	仕事についての身体的負担(★2)	小さい	大きい	非常に大きい
<勤務状況の評価> [A] 0点 [B] 1-2点 [C] 3-5点 [D]6点以上				判定

★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

<総合判定>

		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

判定	点数	疲労度	仕事による負担度
	0~1	なし	低いと考えられる
	2~3	軽	やや高いと考えられる
	4~5	中	高いと考えられる
	6~7	重	非常に高いと考えられる

B 職場環境・健康状態 自己申告シート

Q1	最近6か月間の職場環境について各質問に対し最も当てはまる項目の口()に数字の「1」を記入してください	ない	ある
①	仕事の量が極端に増加した		
②	仕事の質・内容が変わり対応に苦勞している		
③	業務目標(個人)が過大であり、能力を超えている		
④	仕事上のミスが原因で責任を問われ、気分がすぐれない		
⑤	人事異動や経験のない仕事を任せられ、精神的につらい		
⑥	顧客や取引先から無理な注文やクレームを受けた		
⑦	社内で何らかのトラブル(パワハラ、セクハラを含む)があった		
⑧	残業時間が長時間続いているため、恒常的に寝不足だ		
⑨	上司の命令に納得できないことがしばしばある		
⑩	通勤時間が1時間30分以上である		

Q2	現在の健康状況、通院の有無などをご記入下さい。(当てはまる項目に数字「1」または「病名・薬品名」を記入して下さい)	ない	ある
①	ちょっとしたことで動悸や息切れがしますか?		
②	心臓や心臓あたりに圧迫感を感じますか?		
③	頭痛、めまい、吐き気などがよくありますか?		
④	現在病院に通っている		
⑤	現在、服薬している場合は、病名、薬品名をお教えてください。 ()		

Q3	健康管理上、勤務に際し、会社に対し配慮を希望することがあればご記入下さい。(特にない場合は、「なし」と記入してください。)
①	時間外労働
②	職場の労働環境
③	ストレス・メンタル面

Q4	産業医との面談を希望しますか?(する場合は、相談したい内容を記載してください。しない場合は「希望しない」と記載してください。)
----	---