

心身の健康状況、生活状況の把握のためのチェックリスト

・労働者に直接質問し、聞き取った結果を記入し、評価します。定期健康診断の結果も活用しましょう。

■現病歴（基礎疾患）

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 不整脈（ ）
	<input type="checkbox"/> 糖尿病、	<input type="checkbox"/> 肝疾患（ ）
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症（高脂血症）	<input type="checkbox"/> 腎疾患（ ）
	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> がん（ ）
	<input type="checkbox"/> 痛風ないし高尿酸血症	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	

罹患経過：発症_____年頃 その後の受療（ あり、 なし）

■定期健康診断などの所見（受診日： _____年 _____月 _____日）
 (_____)

■主訴、自覚症状

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 食欲低下
	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分	<input type="checkbox"/> 疲労感
	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 興味・意欲の低下	<input type="checkbox"/> 不眠（入眠障害）
	<input type="checkbox"/> 歩行障害	<input type="checkbox"/> 不安感	<input type="checkbox"/> 不眠（断続睡眠・中途覚醒）
	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 思考力の低下	<input type="checkbox"/> 不眠（早朝覚醒）
	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 不眠（熟睡感喪失）
	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> その他のストレス関連疾患（心身症）（ ）	

疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因
 症 状
 (_____)
 原 因
 (_____)

■生活状況（アルコール、たばこについては、最近の変化についても確認）

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		
最近の変化：（ _____ ）				
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う _____ 本/日		
		最近の変化：（ _____ ）		
運動	<input type="checkbox"/> 特にしらない	<input type="checkbox"/> つとめて歩く程度		
		<input type="checkbox"/> 積極的にする		
食習慣	<input type="checkbox"/> 特にない	<input type="checkbox"/> 肉が好き	<input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き	
		<input type="checkbox"/> 魚が好き	<input type="checkbox"/> 甘いものが好き	
		<input type="checkbox"/> 野菜が好き	<input type="checkbox"/> 薄味が好き	
		（複数チェック可）		
睡眠時間	1日あたり	平日： _____ 時間	/	休日： _____ 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：
 (_____)

■検査所見等

体重 _____ kg	身長 _____ cm	BMI： _____
-------------	-------------	------------