

# 資料 2

## 就労の状況等に係る質問票例(案)

◎記載に当たり、必ずお読み下さい。

【就労の状況等について質問する目的】

脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至ります。

しかしながら、**長時間労働等の業務による明らかな過重負荷が加わることにより、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合があります**ので、これら疾病の発生の予防に資するという二次健康診断等給付制度が創設された趣旨を踏まえ、受検者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等)などについて、質問させていただくものです。

給付対象者氏名	(男・女)	生年月日	大・昭・平 年 月 日(才)
---------	-------	------	----------------

### 1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい)

・職種	<input type="checkbox"/> 屋内作業 (□デスクワーク □その他(具体的に: _____)) <input type="checkbox"/> 屋外作業 (具体的に: _____)			
・時間外労働時間	月平均( )時間程度(繁忙期( )時間、閑散期( )時間程度)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・不規則な勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・出張の多い業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・交替制勤務・深夜勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・温度環境	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・時差を伴う業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・精神的緊張を伴う業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に: _____)	<input type="checkbox"/> 判断困難		
過大なノルマ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 判断困難		
顧客とのトラブル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 判断困難		
人の生命等に関わる業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 判断困難		
その他(記載したいこと)	( _____ )			
・通勤手段、通勤時間	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共機関( _____ ) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 通勤時間(約( _____ )分) <input type="checkbox"/> 判断困難			
・所定休日(週休 日)	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れないことがある <input type="checkbox"/> ほとんど取れない	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・年次有給休暇	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れないことがある <input type="checkbox"/> ほとんど取れない	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・休憩時間	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れないことがある <input type="checkbox"/> ほとんど取れない	<input type="checkbox"/> 判断困難		
・その他(記載したいこと)	( _____ )			

### 2. 睡眠時間の状況(下の【注意事項】を読んでから記載して下さい)

4時間以下    5時間    6時間    7時間    8時間以上

#### 【注意事項】

長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の回復が困難になることにより生ずる疲労の蓄積が原因となって、脳血管疾患をはじめ虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を与えることが医学的に指摘されていることから、質問させていただくものです。

### 3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい)

・食事に関する事項	3食規則正しい食生活 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    間食 <input type="checkbox"/> 有(週( )回 1日( )回) <input type="checkbox"/> 無 飲酒 週( )日 1回あたり飲酒量( _____ 合)日本酒換算			
・運動に関する事項	運動の頻度	<input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週5日以上 (種目: _____)		
・喫煙に関する事項	喫煙	<input type="checkbox"/> 有(1日 本: 喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙していたが現在は無		
・体重の増減	10年前より( _____ kg)	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	20年前より( _____ kg)	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減
・特に注意していること	( _____ )			