

## 転倒等リスク評価セルフチェックアンケート（事業場①）

事業場名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

事業場の50歳以上の割合 約 \_\_\_\_\_ 割程度

～ 該当する番号に○印をお付けください。 ～

業 種 ①林業 ②鉱業 ③建設業 ④製造業 ⑤電気・ガス・熱供給・水道業  
⑥情報通信業 ⑦運輸業 ⑧卸売・小売業 ⑨金融・保険業 ⑩不動産業  
⑪飲食店・宿泊業 ⑫医療・福祉 ⑬教育・学習支援業 ⑭複合サービス業  
⑮サービス業（他に分類されないもの）

（1）高年齢労働者に配慮した労働災害防止対策を講じていますか。

①講じている ②一部講じている ③ほとんど講じていない ④講じていない

（2）現在の高年齢労働者の労働災害防止対策は効果があると思いますか。

①とても思う ②少し思う ③あまり思わない ④ほとんど思わない ⑤わからない

（3）現在、高年齢労働者の転倒防止対策を講じていますか。

①講じている ②一部講じている ③ほとんど講じていない ④講じていない

（4）現在の高年齢労働者の転倒防止対策は効果があると思いますか。

①とても思う ②少し思う ③あまり思わない ④ほとんど思わない ⑤わからない

（5）高年齢労働者の年齢に応じた身体的特性の把握に努めていますか。

①年1回健康診断でのみ努めている ②月に1回程度 ③週に1回程度 ④毎日  
⑤特に努めていない

（6）高年齢労働者の身体的特性を考慮した業務配置をしていますか。

①している ②一部している ③ほとんどしていない ④していない

（7）業務に影響を与える薬の服用の有無について、確認していますか。

①している ②時々している ③ほとんどしていない ④していない

～ご協力ありがとうございました。～

（実施前・事業場）