

(様式2)

所属名		氏名		記入日	平成	年	月	日
-----	--	----	--	-----	----	---	---	---

### 疲労蓄積度チェックシート

1) 最近1ヵ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下さい。

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. 憂うつだ	<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. 以前と比べて、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)

合計 \_\_\_\_\_ 点

I : 0～4点    II : 5～10点    III : 11～20点    IV : 21点以上

2) 最近1ヵ月間の勤務状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックして下さい。

1. 1ヵ月の時間外労働	<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	<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	<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 (3)
5. 休憩・仮眠の時間数や施設	<input type="checkbox"/> 適切 (0) <input type="checkbox"/> 不適切 (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 (3)
7. 仕事についての身体的負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0) <input type="checkbox"/> 大きい (1) <input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)

合計 \_\_\_\_\_ 点

A : 0点    B : 1～2点    C : 3～5点    D : 6点以上

3) 以下の質問で当てはまる方をチェックして下さい。

1. この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり、沈んだ気持ちでいましたか?    いいえ    はい
2. この2週間、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか?    いいえ    はい
- 1と2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合には、以下の質問にもお答え下さい。
3. 毎晩のように、睡眠に問題 (たとえば、寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目覚めるなど) がありましたか?    いいえ    はい
4. 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか?    いいえ    はい
5. 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか?    いいえ    はい

産業医 意見	
-----------	--