

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"/> 特になし | <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"/> 特になし | <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： |
|----|----|----|----|------|