

(様式3)

面接指導の記録用紙

<産業保健職のみ閲覧可>

面談実施日: 年 月 日

氏名		年齢	歳	部署	
業務内容				役職	

勤務状況	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 交替勤務 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	時間外・休日労働時間	月度	時間	月度	時間	月度	時間
	勤怠状況						

業務過重性	長時間労働の発生理由		
	今後の見通し		
	仕事の負担	質的:	
		量的:	
	仕事の裁量度		
	職場の支援度		
その他			

心身及び生活の状況	既往歴 現病歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳心血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 治療内容 ( )			
	理学所見	血圧	/	mmHg	体重	kg (変化: )
	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	抑うつ症状	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> B1: 憂鬱感・気分の沈み <input type="checkbox"/> B2: 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> B3: 睡眠障害 <input type="checkbox"/> B4: 無価値観・罪悪感 <input type="checkbox"/> B5: 集中・決断困難			
	食欲	<input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増加				
	睡眠	平均睡眠時間	時間	分	睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒
	嗜好	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 本/日			
		飲酒	週 日 (内容・量: ) 寝酒 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	余暇の過ごし方					
	同居人等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
仕事以外の ストレス要因						

課題・対策	
-------	--