

2次健診問診票

(最終) 事業所名		ID番号		健康診断 年月日	年 月 日
氏名	男・女	生年月日	年 月 日	満()	才

(1) 仕事について (あてはまるものに☑を入れて下さい。括弧および表内は直接記入して下さい)

1. あなたの現在の(最後の)職種は () (例) 鉄工、土工、伐木手

重量物を ----- 扱う 扱わない

ハンマー使用のような衝撃作業は-- ある ない

作業場所は ----- 屋内 屋外

防振手袋を ----- 使う 使わない

耳栓は ----- 使う 使わない

通勤方法は ----- 自家用車 バイク 自転車 その他

2. 最近一年間に、振動工具(例、グラインダー、バイブレーターなど)を使っていますか

----- はい いいえ ---▶ (1)の4.へ

▶3. 振動工具の使用実態を多い順に下の枠に書いてください

	振動工具の種類	一連続 使用時間	日平均 使用時間	月平均 使用日数	年間 使用月数
例	グラインダー	20分	2時間	12日	8か月
1					
2					
3					
4					
5					

4. 一年前までに、振動工具を使用したことがありますか

はい いいえ

6. 特に最後に振動工具を使用した作業の環境等について教えてください

防振手袋をはめて作業していましたか はい いいえ

防塵マスクを使用していましたか はい いいえ

作業環境は寒かったですか はい いいえ

体の保温対策は取っていましたか はい いいえ

振動作業はどのような姿勢で行いましたか ()

十分な休憩時間を確保出来ていましたか はい いいえ

作業現場への通勤方法と所用時間を教えてください ()

過去に振動障害健康診断を受けていましたか はい いいえ




過去の健康診断では異常を指摘されましたか はい いいえ

振動障害予防に関する講話などを聞いたことがありますか はい いいえ

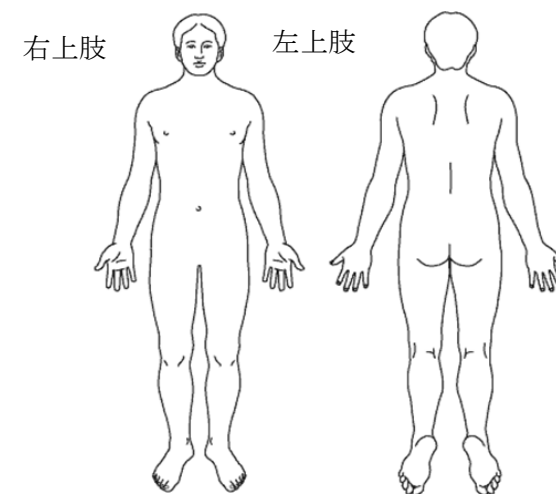
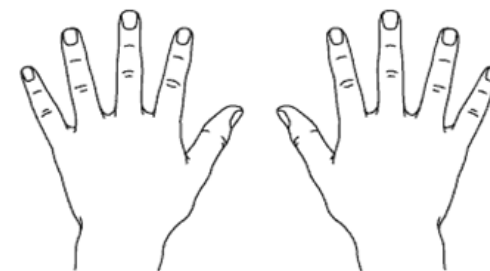
賃金形態はどのような形ですか 月給制 日給制 その他 ()

雇用形態はどのような形ですか 正職員 臨時職員 パート その他 ()

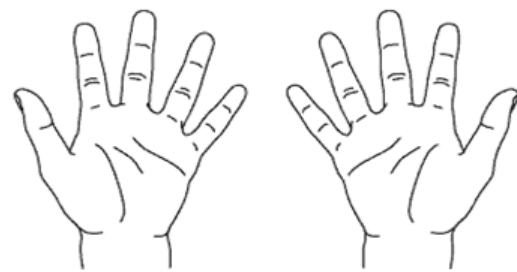
(2) 体の症状についてお聞きします

1. 手指、手、前腕に関して以下の症状がある場合に○をつけ、右図の該当部位に  をぬって下さい。

上肢自覚症状	有無 ※なしの場合、 右は記入不要	発現部位	左 右 両 ※:両とは 両方に症 状がある 場合	発現頻度 ※季節変動ある場 合には一番多い時 期で記入	発現季節 ※あてはまる季節を ○で囲む
1. レイノー現象 ※指先が発作的に真 っ白くなる現象	ある	母指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		示指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		中指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
	なし	環指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		小指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		その他	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年

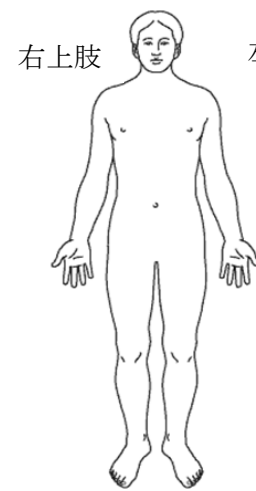
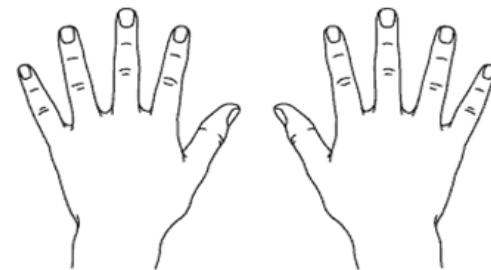


上肢自覚症状	有無 ※なしの場合、右は記入不要	発現部位	左 右 両 ※：両とは両方に症状がある場合	発現頻度 ※季節変動ある場合には一番多い時期で記入	発現季節 ※あてはまる季節を○で囲む
2. 冷え	ある	母指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		示指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		中指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		環指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
	なし	小指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		手掌 手背	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		前腕	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		その他	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年

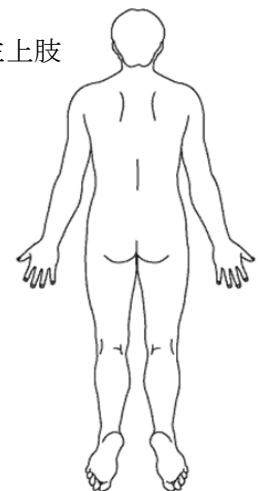


左手

右手

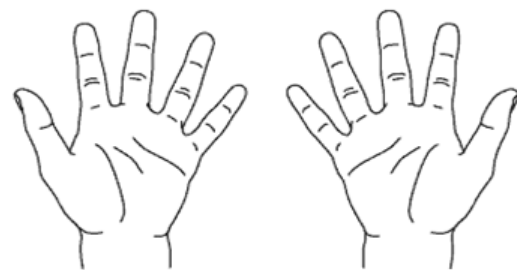


右上肢



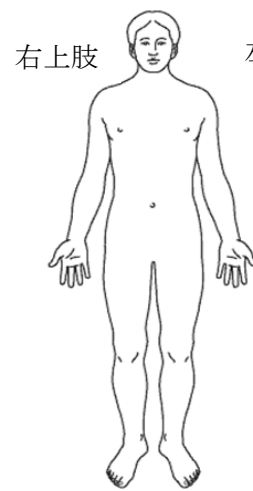
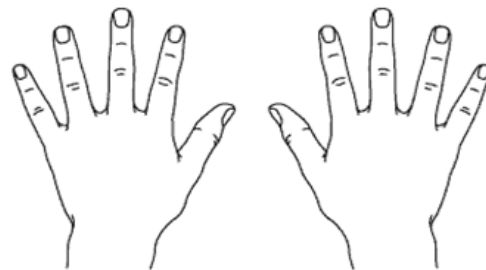
左上肢

上肢自覚症状	有無 ※なしの場合、 右は記入不要	発現部位	左 右 両 ※：両とは 両方に症状 がある場合	発現頻度 ※季節変動ある場合 には一番多い時期で 記入	発現季節 ※あてはまる季節を○で 囲む
3. しびれ (じんじんする・感じ がにぶい)	ある	母指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		示指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		中指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		環指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
	なし	小指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		手掌 手背	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		前腕	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		その他	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年

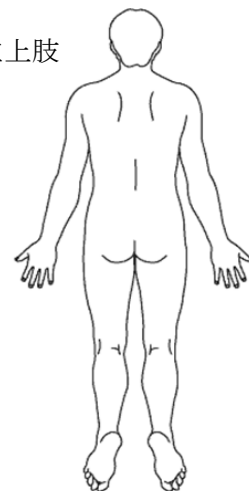


左手

右手

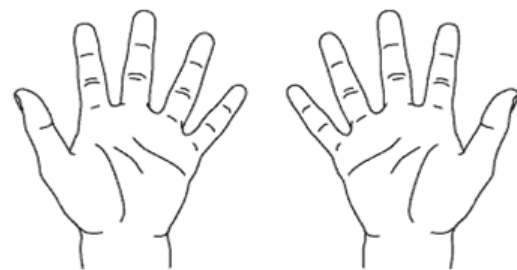


右上肢



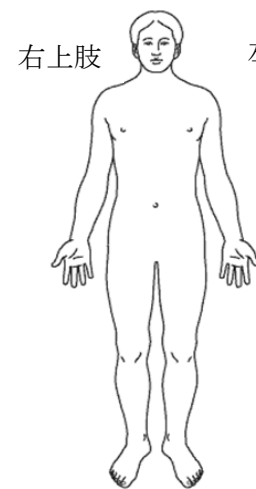
左上肢

上肢自覚症状	有無 ※なしの場合、 右は記入不要	発現部位	左 右 両 ※：両とは 両方に症状 がある場合	発現頻度 ※季節変動ある場合 には一番多い時期で 記入	発現季節 ※あてはまる季節を○で 囲む
4. 痛み (自発痛・運動痛)	ある	母指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		示指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		中指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		環指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		小指	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
	なし	手掌 手背	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		前腕	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		手関節	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		肘関節	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年
		その他	左 右 両	たまに 時々 毎日	春・夏・秋・冬・通年

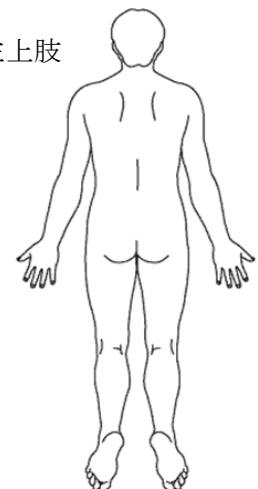


左手

右手



右上肢



左上肢

2. 引き続き手指、手、前腕の症状についてお聞きします

- 手指かこわばることがありますか はい いいえ
.....▶ たまに 時々 毎日
- 手のひらに汗をかきやすいですか はい いいえ
.....▶ たまに 時々 毎日
- 手や指に力が入らないことがありますか はい いいえ
.....▶ たまに 時々 毎日
- 手指がふるえることがありますか はい いいえ
.....▶ たまに 時々 毎日

3. 手指、手、前腕の症状について症状が出現した時期についてお聞きします

- 1) レイノー現象を自覚している場合、初めて自覚したのはいつ頃ですか → 年 月頃
それは次第に多くなっていますか はい いいえ
- 2) 手指前腕の冷えを自覚している場合、初めて自覚したのはいつ頃ですか → 年 月頃
それは次第に多くなっていますか はい いいえ
- 3) 手指前腕のしびれを自覚している場合、初めて自覚したのはいつ頃ですか → 年 月頃
それは次第に多くなっていますか はい いいえ

4. 手指、手、前腕の症状について治療したことがありますか（病院受診、自分で薬購入など）

はい いいえ
.....▶ 具体的に教えてください（)

5. 首、肩の症状についてお聞きします

首が痛いことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

首が動きにくいことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

肩が痛いことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

肩がこる、だるいことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

腕が痛いことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

腕がだるいことがありますか

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

(3) 日常生活動作について以下の症状についてお聞きします

物を落としやすい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

買い物袋などを長く持てられない

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

箸をうまく使えない

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

字を書きにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

背中を洗いにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

ボタンのかけ外しがしにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

タオルを絞りにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

風呂の温度がわかりにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

手指の傷の痛みがわかりにくい

はい いいえ
└───▶ たまに 時々 毎日

(4) 日常生活についてお聞きします

1) 生活歴について

お生まれになってから仕事につくまでの生活していた地域はどこですか ()

若い頃、していた趣味やスポーツがあれば教えてください ()

仕事につく前にバイクの運転や振動工具などを使用したことはありますか ある ない

└───▶ (具体的に)

2) 嗜好について

たばこを吸いますか 吸う 吸っていたがやめた 吸っていない

アルコールを毎日飲みますか 飲む 飲んでいたらやめた 飲まない

3) 趣味等について に関連する次の趣味などの習慣があれば教えてください

バイクの運転 する しない

釣り する しない

狩猟 する しない

スポーツ する しない

└───▶ (具体的に)

4) 現在治療中の病気がありますか

ある ない

└───▶ (具体的に)

5) 既往歴について

今まで病気や怪我をしたことがありますか ある ない
└───┬───> 具体的に記載して下さい

発症年月日	年齢	病名	後遺障害	
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()

6) 家族歴について

肉親や兄弟で病気の方はいらっしゃれば教えて下さい

父 () 母 () 兄弟 ()

7) その他、病気などのことで相談したいこと、心配なことがあれば以下にお書き下さい

【(2) の問診で上肢以外の症状に関して余裕があれば以下の問診項目を追加する】

6. 次に全身と上肢以外の症状についてうかがいます

頭が重いことがありますか はい いいえ
└───┬───> たまに 時々 毎日

頭が痛いことがありますか はい いいえ
└───┬───> たまに 時々 毎日

腰が痛いことがありますか はい いいえ
└───┬───> たまに 時々 毎日

腰がだるいことがありますか はい いいえ
└───┬───> たまに 時々 毎日

- 股関節が痛いことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 膝が痛いことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 膝がだるいことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 下肢が痛いことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 下肢がだるいことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 下肢が冷えることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 足趾が冷えることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 足趾が白くなることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- めまいがすることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 物忘れをすることが多くなりましたか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- イライラすることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 体がだるいことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 耳鳴りがしますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 話が聞こえにくいことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日

- 眠りにくいことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 動悸することがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 胸が苦しくなることはありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 息切れをすることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 胃の調子が悪いことはありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 便秘や下痢をしやすいですか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 尿が近くなりましたか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 夫婦生活が少なくなりましたか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- ゆううつな気分になることがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 朝起きたときぐったりと疲れを感じますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日
- 物事に集中できないことがありますか
はい いいえ
└─┬─> たまに 時々 毎日