

# 長時間労働面接記録用紙

<産業保健職のみ閲覧可>

面接実施日： 年 月 日

氏名		年齢		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"/> 交代勤務 <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( )			
	BSID 評価	<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						

自由記載欄	
-------	--