

## 深夜健診 問診票

事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

健診日 \_\_\_\_\_

受診番号 \_\_\_\_\_

1. この半年間(20 年 月～20 年 月)に深夜作業(午後10時～午前6時の間の作業)を行った日数は、何日ですか？ あてはまる所に○をつけてください。

- 1) 0日      2) 1日      3) 2日～6日以内      4) 7日～13日  
5) 14日以上30日未満      6) 31日以上60日未満      7) その他      日

2. 深夜作業の際に、以下の症状があったことがありますか？ あれば○をつけてください。

- 1) ふらつき    2) 頭痛    3) めまい    4) 手足のしびれ    5) 手足に力が入らない  
6) 脈の乱れ    7) 数分程度の胸の痛み

3. 深夜作業の際にその他の体調の不良を感じたことはありますか？ ○をつけてください。

- 1) はい    →具体的には何でしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

2) いいえ

4. 両親、祖父母、伯父叔母、兄弟に以下の病気の方はいましたか？あれば○をつけてください。

- 1) 脳梗塞    2) 脳軟化症    3) 脳出血    4) くも膜下出血    5) 心筋梗塞  
6) 狭心症    7) 脈の乱れ    8) その他

5. 今まで以下のことを言われたことがありますか？ あれば○をつけてください。

- 1) 血圧が高い      2) 心電図の異常や脈の乱れ    3) 糖尿病(疑い)  
4) 血液の脂肪が多い    5) その他

6. 何か気になることがあれば、ご自由にお書きください。