

＜ 自己診断チェックシート ＞

A. あなたの疲労度をチェックしてください。

1. 最近1ヶ月間の自覚症状 各質問に対して最も当てはまる項目を選んでください。

1. イライラする	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
2. 不安だ	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
3. 落ち着かない	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
4. ゆうつだ	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
5. よく眠れない	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
6. 体の調子が悪い	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
7. 物事に集中できない	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
8. することに間違いが多い	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
9. 仕事中、強い眠気に襲われる	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
10. やる気が出ない	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
11. へとへとだ(運動後を除く) ★1	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
14. 食欲がないと感じる	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)

★1:非常に疲れて体に力がなくなったさま

＜自覚症状の評価＞

()内の数字の合計

点

I 0～2点 II 3～7点 III 8～14点 IV 15点以上

2. 最近1ヶ月間の勤務の状況

各質問に対して最も当てはまる項目を選んでください。

1. 1ヶ月の時間外労働(時間外・休日労働を含む)	ない又は適当(0)	多い(1)	非常に多い(3)
2. 不規則な勤務(予定の変更、突然の仕事)	少ない(0)	多い(1)	—
3. 出張に伴う負担(頻度、拘束時間、時差など)	ない又は小さい(0)	大きい(1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担★2	ない又は小さい(0)	大きい(1)	非常に大きい(3)
5. 休憩・仮眠時間数及び施設	適切である(0)	不適切である(1)	—
6. 仕事についての精神的負担	小さい(0)	大きい(1)	非常に大きい(3)
7. 仕事についての身体的負担★3	小さい(0)	大きい(1)	非常に大きい(3)
8. 職場・顧客等の人間関係による負担	小さい(0)	大きい(1)	非常に大きい(3)
9. 時間内に処理しきれない仕事	少ない(0)	多い(1)	非常に多い(3)
10. 自分のペースでできない仕事	少ない(0)	多い(1)	非常に多い(3)
11. 勤務時間外でも仕事の事がきかかってしょうがない	ほとんどない(0)	時々ある(1)	よくある(3)
12. 勤務日の睡眠時間	十分(0)	やや足りない(1)	足りない(3)
13. 終業時刻から次の始業時刻の間にある休憩時間★4	十分(0)	やや足りない(1)	足りない(3)

★2:深夜勤務の程度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜時間帯(午後10時～午前5時)の一部または全部を含む勤務をいいます。

★3:肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担 ★4:これを勤務間インターバルといいます

＜勤務の状況の評価＞

()内の数字の合計

点

A 0点 B 1～5点 C 6～11点 D 12点以上

3. 総合判定 1. 自覚症状(I～IV)、2. 勤務状況(A～D)の評価から、あなたの疲労蓄積度の点数(0～7)を求めてください。

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚 症 状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

あなたの疲労蓄積度の点数は 点

判 定	点数	仕事による負担度
	0～1	低いと考えられる
	2～3	やや高いと考えられる
	4～5	高いと考えられる
	6～7	非常に高いと考えられる

B. 最近のあなたのご様子について、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまで楽しんでやれていたことが 楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前は楽にできていたことが、今は 億劫に感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

C. 直近一ヶ月の平均睡眠時間をお書きください。

平均睡眠時間	時間
--------	----

記入年月日	年	月	日
職員番号			
(店番)所属			
氏名			

*記入後、行内メールにて医務室まで返送願います。