

以下個人情報はずご記入ください。

問診記入日	年	月	日
会社名			
部署名・部課名			
個人番号又は、社員番号			
お名前（カナ）			
お名前（漢字）			
生年月日	年	月	日生
性別	男	・	女

以下の回答結果を基に、あなたへの評価票を作成します。
内容は一切公表されませんので、正確にご記入下さい。

①あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そうだ	まあ そうだ	やや ちがう	ちがう
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない				
2. 時間内に仕事が処理しきれない				
3. 一生懸命働かなければならない				
4. かなり注意を集中する必要がある				
5. 高度な知識や技術が必要なむずかしい仕事だ				
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない				
7. からだを大変よく使う仕事だ				
8. 自分のペースで仕事ができる				
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる				
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる				
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない				
12. 私の部署内で意見のくい違いがある				
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない				
14. 私の職場の雰囲気は友好的である				
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない				
16. 仕事の内容は自分にあっている				
17. 働きがいのある仕事だ				

②最近1か月のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
1. 活気がわいてくる				
2. 元気がいっぱいだ				
3. 生き生きする				
4. 怒りを感じる				
5. 内心腹立たしい				
6. イライラしている				
7. ひどく疲れた				
8. へとへとだ				
9. だるい				
10. 気がはりつめている				
11. 不安だ				
12. 落ち着かない				
13. ゆううつだ				
14. 何をしても面倒だ				
15. 物事に集中できない				
16. 気分が晴れない				
17. 仕事が手につかない				
18. 悲しいと感じる				
19. めまいがする				
20. 体のふしづしが痛む				
21. 頭が重かったり頭痛がする				
22. 首筋や肩がこる				
23. 腰が痛い				
24. 目が疲れる				
25. 動悸や息切れがする				
26. 胃腸の具合が悪い				
27. 食欲がない				
28. 便秘や下痢をする				
29. よく眠れない				
30. 体の調子が悪い				
31. することに間違いが多い				
32. 工作中、強い眠気に襲われる				
33. やる気が出ない				
34. 朝起きた時ぐったりした疲れを感じる				
35. 以前とくらべて、疲れやすい				

③あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

イ. 次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか

	非常に	かなり	多少	全くない
1. 上司				
2. 職場の同僚				
3. 配偶者、家族、友人等				

ロ. あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

	非常に	かなり	多少	全くない
1. 上司				
2. 職場の同僚				
3. 配偶者、家族、友人等				

ハ. あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

	非常に	かなり	多少	全くない
1. 上司				
2. 職場の同僚				
3. 配偶者、家族、友人等				

ニ. 満足度について

	満足	まあ満足	やや不満足	不満足
1. 仕事に満足だ				
2. 家庭生活に満足だ				

④心の健康の問題について何か相談したいことがありますか？
該当する項目番号に☑を記入してください。

- 1. 相談したいことはない
- 2. 相談したいことはあるが今すぐ相談しようとは思わない
- 3. 相談したいことがあり、今すぐ(例えば1ヶ月以内)にでも相談したい
- 4. その他()

⑤最近1か月の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目の□にチェックを付けてください。

1. 1か月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 非常に多い
2. 不規則な勤務（予定の変更、突然の仕事）	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い	
3. 出張に伴う負担（頻度・拘束時間・時差など）	<input type="checkbox"/> ない又は小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	
4. 深夜勤務に伴う負担（★1）	<input type="checkbox"/> ない又は小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である	<input type="checkbox"/> 不適切である	
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい
7. 仕事についての身体的負担（★2）	<input type="checkbox"/> 小さい	<input type="checkbox"/> 大きい	<input type="checkbox"/> 非常に大きい

- ★1：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。
深夜勤務は、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言います。
- ★2：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

お疲れさまでした。
後日、評価結果をご返送致します。

MENTAL HEALTH

職業性ストレス簡易調査票
労働者の疲労蓄積度自己診断チェック

CHECK



本調査による健康情報は事業場の取り決めた方法により皆様の健康確保・増進のため活用され、それ以外の目的では使用又は開示されることは一切ありません。

- ①ご回答いただいた方全員に現在のストレス状態等が分かる「ストレスプロフィール」をお返し致します。ご自身の心のセルフケアにお役立て頂けます。
- ②回答したくない設問については未記入でもかまいません。ただし、正確な評価判定が出来ません。また、記入漏れや誤りについても同様ですので出来る限り現在の状態をご記入下さい。
- ③ご回答いただいた結果は、公衆衛生向上のための学術研究等に使用することがあります。但しそのデータは統計処理等に用いられるため個人が特定されることはありません。

この記載についてご承諾頂ける場合は、調査票に該当するお答えをご記入のうえ、ご提出下さい。本調査票のご提出をもって記載事項への同意とさせていただきます。ご承諾いただけない場合は、未記入のまま事業場の担当者までご返却下さい。

回収管理等に必要となりますので、必ずご記入下さい。

職場名	
氏名カナ	
氏名	