

情報機器作業従事者健康診断受診票

職員番号		性別		所属名		受診日	令和 年 月 日
フリガナ							
氏名		年齢		生年月日		受付番号	
				年 月 日			

- 問診にお答えください。
- ・ 情報機器作業経験年数 (年 月)
 - ・ 情報機器作業時の矯正状況(どれかひとつを○で囲んでください。)
 - 1 めがね使用 2 コンタクトレンズ使用
 - 3 どちらも使用していない

- 【業務中について】
- ・ 1日の情報機器平均作業時間 (時間)
 - 情報機器連続作業時間 (時間)
 - ・ 情報機器作業内容(主なものひとつを○で囲んでください。)
 - 1 伝票処理・データ入力等 2 文章の作成
 - 3 プログラミング 4 設計・製図 5 その他

- 【業務以外について】
- ・ 1日の情報機器平均作業時間 (時間)
 - ※ パソコン・タブレット端末・携帯電話・スマートフォン・ゲーム等の電子機器の操作を含む。

○ 既往歴(該当する項目に病名を記入の上、○を付けてください。)

現疾病・既往歴	病名	治療中	経過観察	治療済	放置
目の病気					
神経痛・関節痛など					
頸肩腕障害					
糖尿病					
高血圧・低血圧					
その他の疾患					

○ 作業環境・作業状況(どちらかに○を記入してください。)

作業環境・作業状況	該当する	該当しない
椅子や机の高さが不適當		
室温が暑い、寒い		
照明が暗い、明るすぎる		
騒音がある		
作業スペースが狭い		
画面が見にくい		
仕事量が多い、残業が多い		
神経を使う仕事が多い		
職場の人間関係が悪い		
慣れない仕事が多い		
職場の雰囲気 that 暗い		

○ 自覚症状(該当する項目に○を記入してください。)

自覚症状		いつも	時々
目	目が赤くなる		
	目が疲れる		
	目が痛い		
	目が見えにくい		
	目がかwak		
	物がぼやける、二重に見える		
	視野が欠ける		
	色が普段と違って見えることがある		
	黒い物や蚊が飛んでいるように見える		
	まぶたがピクピクする		
	視力が落ちた気がする		
	首	こりや痛みがある	
肩	こりや痛みがある		
腕	だるい		
	痛い		
	しびれる		
手・指	こりや痛みがある		
	だるい		
	痛い		
	しびれる		
足	動きが悪い		
	こりや痛み だるい		
	こりや痛み だるい		
	こりや痛み だるい		
その他	しびれる		
	冷える		
	頭が痛い		
	全身がだるい		
	イライラする		
	根気・意欲がなくなった		
	気分が落ち着かない		
	気分がゆううつ		
	めまい・立ちくらみがある		
	寝つきが悪い		
食欲がない、吐き気がする			
耳鳴りがする			

健診区分		配置前 ・ 定期		
視機能	矯正区分	裸眼 ・ メガネ ・ コンタクト		
	測定	右	両目	左
	視力(5m)			
	視力(50cm)			
	屈折検査	近視		
		遠視		
		乱視		
	眼位	正 ・ 疑		
調節機能(近点距離)				
握力		[利き手] 右 ・ 左		
タッピング				
その他の検査				
情報機器作業関係傷病名				
診察所見	眼の所見			
	頸肩腕の所見			
	その他			
診察医師名				