

VDT作業者 健康調査票

事業所名 _____
ふりがな _____
氏 名 _____ 男・女 _____

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 歳)

I i. VDT作業の種類について、以下の該当する番号を○で囲んでください。

1. 単純入力型： すでに作成されている資料・伝票などの機械的入力
⇒データ、文章等の入力業務
2. 拘束型： コールセンターなどで一定時間作業場所へ在席を拘束、離席困難
⇒コールセンターなどでの受注、予約、照会業務
3. 監視型： 交通などの監視業務、ビルのセキュリティー
⇒工場での製品の流れを管理
4. 対話型： 文章、表などの作成、編集、修正などの業務
⇒データの検索、照会、追加、修正等の業務
電子メールの送受信、金銭出納などの業務
5. 技術型： プログラミングの業務
⇒設計、製図などの業務（単純入力を除く）
6. その他の型： 携帯情報端末等の操作、画像診断検査などの業務

ii. 職場における1日の平均VDT作業時間 _____ 時間
自宅、プライベートにおける1日の平均VDT作業時間 _____ 時間

iii. VDT作業時の裸眼、眼鏡、コンタクトレンズの装用状態で、あてはまるものを○で囲んでください。

1. 使用しない（裸眼） 2. 眼鏡を使用（近視用・遠視用） 3. コンタクトレンズ

iv. VDT作業中の休憩時間

1. あり（1日に_____回、1回あたり約_____分） 2. なし

v. 平均睡眠時間 _____ 時間

II i. 既往歴（これまでにかった事のある病気・障害）

※ 該当する番号を○で囲んでください。

眼 科： 11. 弱視 12. 斜視

整 形： 21. 上肢障害・頸肩腕症候群 22. 頸椎症 23. 手のガングリオン 24. 関節リウマチ

神 経： 31. 頭痛・片頭痛 32. 自律神経失調症 33. 不眠症 34. 抑うつ状態・うつ病 35. パニック障害・神経症

その他： (_____)

ii. 現在治療中の疾患

[_____]

※検査にあたって・・・必ず作業時にお使いの眼鏡、コンタクトレンズをご用意ください。

裏面へ続く

III i. 自覚症状

最近の健康状態について、次の程度分けに従ってあてはまる番号を○で囲んでください。

0：症状がない 1：気にするほどではない 2：気になっている 3：症状が強く苦痛

1. 目が疲れる	0 1 2 3	14. 焦点が合わせにくい（近く・遠く）	0 1 2 3
2. 目が充血する	0 1 2 3	15. 残像が残る	0 1 2 3
3. 目やにがでる	0 1 2 3	16. 肩が（こる・痛い）	0 1 2 3
4. 目の奥が痛い	0 1 2 3	17. 首が（こる・痛い）	0 1 2 3
5. 目を開けているのがつらい	0 1 2 3	18. 背中が痛い	0 1 2 3
6. 涙が出る、涙がたまった感じがする	0 1 2 3	19. 腕が（痛い・痺れる）	0 1 2 3
7. 涙が出ない、目が乾く	0 1 2 3	20. 手指が（痛い・痺れる）	0 1 2 3
8. 物がまぶしく見える	0 1 2 3	21. 腰が痛い	0 1 2 3
9. 目が痒い、ゴロゴロする	0 1 2 3	22. 頭が痛い（こめかみ・額・後頭部）	0 1 2 3
10. 目の中を虫やゴミのような物が飛ぶ	0 1 2 3	23. 耳鳴りがする	0 1 2 3
11. 視力が低下した気がする	0 1 2 3	24. いらいらしたり気が散る	0 1 2 3
12. まぶたがピクピクする	0 1 2 3	25. 眠れない	0 1 2 3
13. 物が二重に見える・かすんで見える	0 1 2 3		

その他、気になることなどがあればご記入ください。

[]

IV i. 作業環境

現在の作業状況について、はい・いいえの該当するほうを○で囲んでください。

1. 前方の蛍光灯や窓などの光が気になりますか？ (はい ・ いいえ)
2. 室内の騒音はありますか？ (はい ・ いいえ)
3. 冷暖房の風が直接体にあたることはありませんか？ (はい ・ いいえ)
4. 椅子の高さや背もたれの角度は簡単に調整できますか？ (はい ・ いいえ)
5. キーボードやタブレット等の操作は手首や前腕を浮かせずに行っていますか？ (はい ・ いいえ)
6. 膝や太腿が机の下に入っている状態ですか？ (はい ・ いいえ)
7. 作業空間は充分ですか？ (はい ・ いいえ)
8. 画面の上下、左右の角度の調整は行っていますか？ (はい ・ いいえ)
9. 画面の明るさの調整は行っていますか？ (はい ・ いいえ)
10. 画面に自分の姿、蛍光灯や窓などの映り込みがありますか？ (はい ・ いいえ)
11. 画面の表示文字がちらついたり、ぼやけたりしますか？ (はい ・ いいえ)

V i. 運動

運動について該当する番号を○で囲んでください。

1. していない 2. している

ii. 上記で「2. している」とお答えの方のみ、該当する番号を○で囲んでください。

1. 毎日 2. 週 3. 月 回

[]

iii. 職場体操について、該当する番号を○で囲んでください。

1. していない 2. している