

## 健康相談票

皆様の健康管理の参考とさせていただくため、以下の質問にお答えください。

この問診票は健康管理の目的でのみ使用いたします。

職場名称

内 線（連絡先）

職員番号

氏 名

1 次の a から k の項目について、**ここ 1~2ヶ月の間で** 御自分の感じている状態に合う番号の数字に○をつけてください。

		症状がない	症状はあるが気にするほどではない	悪くなるのではないかと心配している	心配なので誰かに相談したい	治療を要するほど症状が強い
a	体がだるい	1	2	3	4	5
b	頭が痛い	1	2	3	4	5
c	肩が痛い・こる	1	2	3	4	5
d	食欲がない	1	2	3	4	5
e	下痢や便秘をする	1	2	3	4	5
f	胃やおなかが痛い	1	2	3	4	5
g	腰が痛い	1	2	3	4	5
h	イライラする、憂うつになる	1	2	3	4	5
i	よく眠れない	1	2	3	4	5
j	あなたの睡眠充足時間は何時間ですか			( ) 時間		
k	最近の睡眠時間は何時間ですか			( ) 時間		

2 最近 1年間の健康状態はいかがでしたか？

1) 健康だった

2) あまり健康でなかった (状態：

)

3) 病気をした (病名： 経過：)

)

3 その他 御相談や御質問がありましたらお書きください。

面接保健師記入欄

担当者名