

受診票のご記入方法

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

情報機器作業健康診断

★情報機器作業健康診断では筋骨格系の検査(診察)及び眼に関する検査を行います。

『個人情報の取り扱い』について
◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を記入してください。

情報機器作業健康診断受診票

受診日	受診No.
<個人情報の取り扱いについて> 健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。 また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。 個人情報の取扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。 当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？	
同意する	
※漢字氏名・姓氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。 団体コード _____ - _____ 所属コード _____ 個人コード _____ 受診区分 1.定期 2.配属前	
記入しないでください	

★眼科検査	
VDT作業時の眼鏡等の使用状況 1.使用していない 2.眼鏡 3.眼鏡（遠近両用） 4.眼鏡（その他） 5.コンタクト	
視力検査 近点検査	
実施区分	5m 実施区分 50cm 実施区分 近点距離
右眼	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択
左眼	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択
両眼	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 未選択
オートレフラクト検査（屈折前・全角、定期・摺引0.5未満または眼鏡系自覚ありの者）	
右眼	SPH <input type="checkbox"/> CYL <input type="checkbox"/> 実施区分 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 00
左眼	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 00
記入しないでください	

★診察(筋骨格系に関する検査)								
頭部	肩甲部	背部	上肢	手関節	手筋	モーレイテスト	アドソンテスト	その他所見
右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 所見あり 部位名：_____
左	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
部位区分	1.正常 2.腫脹 3.硬膜 4.冷感 5.しびれ（なしは空白）	1.- 2.+ 3.+						
診察判定	1.異常なし 2.日常生活注意 3.前駆受診 4.治療継続	医師名						
摺引力(右)	<input type="checkbox"/> A	摺引力(左)	<input type="checkbox"/> A					

(公財)長崎県健康事業団 〒859-0401 長崎県諫早市多良見町花畠986-3
TEL 0957-43-7131(代表) FAX 0957-43-7139 http://www.nphco.jp

◆印字されていない方は、団体(事業所)・所属・氏名・性別・年齢・生年月日を、必ず記入してください。
また、印字されているもので変更があれば、修正してください。

◇氏名には、必ずフリガナを記入してください。

問診欄	
★作業状況：該当する項目に数値をご記入ください。	
VDT作業の従事経験 (※現在・過去含む)	<input type="checkbox"/> 1.ある 2.ない (※ある場合は下記記入)
約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月	
総経年数	
VDT作業内容 経験年数（重複回答可：既往した作業に対して各自の年数記入）	
①データ、文章の入力	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
②受注、予約、会話業務	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
③電子メールの受信・送信、 電話出納業務	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
④プログラミング業務、CAD	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
⑤交通等の監視業務	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
⑥その他 (携帯情報端末操作 画像診断など)	約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月
VDT作業の従事頻度 (※現在従事者のみ)	
1日のVDT作業時間 (※現在従事者のみ)	<input type="checkbox"/> 1.毎日 毎日 2.ときどき 時間位
約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月	
1回あたりの作業時間 (一連作業時間) (※現在従事者のみ)	<input type="checkbox"/> 最長 <input type="checkbox"/> 分位 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 分位
約 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ク月	
プライベートでの OA機器使用状況	<input type="checkbox"/> 1.使用しない 2.使用する
1日の機器使用時間 (※使用する者のみ)	<input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 人 時間位
眼での眼の使用状況 (読書・編集・P.T.I.C等)	
	<input type="checkbox"/> 1.使わない 2.使う

『作業状況』について

◆情報機器作業の従事経験が“1.ある”“2.ない”的どちらかを選び数字を記入してください。また“ある”を選んだ方は経験年数を数字で記入してください。

◆情報機器作業内容で当てはまる作業を選び、経験年数を数字で記入してください。(重複回答可)

◆情報機器作業の従事頻度を、“1.ほぼ毎日”“2.ときどき”的どちらかを選び数字で記入してください。また、1日の作業時間・最長・平均、1回あたりの作業時間・最長・平均を数字で記入してください。

(現在情報機器作業従事者のみお答えください)

◆プライベートでOA機器を“1.使用しない”“2.使用する”的どちらかを選び数字を記入してください。“2.使用する”を選んだ方は、1日の機器使用時間は数字で記入してください。

◆趣味で眼を“1.使わない”“2.使う”どちらかを選んで数字を記入してください。

『既往歴』について

◆記載している症状の中で、“なし”“以前あり”“治療中”の中から1つ選び「/」を記入してください。

『自覚症状』について

◆記載している症状で、“1.なし”“2.症状あるが仕事・生活に支障なし”“3.症状あり仕事・生活に支障ある”的いずれかを選んで各項目に「/」を記入してください。

『作業環境』について

◆記載している作業環境の中で、該当する項目があれば、該当欄に「/」を記入してください。(複数回答可)

◆該当する作業環境がなければ、“該当なし”的欄に「/」を記入してください。

①照明が明るすぎたり、
暗すぎたりする
②画面が明るすぎたり、
暗すぎたりする
③光が反射して画面が
見えにくく
④文字が疲れやすい色である
⑤画面の高さが合わない
⑥イスの高さが合わない
⑦空気が悪い
⑧部屋の温度が暑い、
又は寒い
⑨音が大きい
⑩作業台がせまい
⑪作業空間がせまい
⑫該当なし