

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、同意するに〇印を記入してください。

情報機器作業健康診断受診票

<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。

氏名	姓	氏名	性別
所 属			
フリガナ			
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生	年齢	

団体コード	
所属コード	
個人コード	
受診科	
受診区分	1. 定期 2. 配属前

※受診者の方は下記事項の記入をしないでください

★眼科検査

VDT作業時の眼精等の使用状況		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		今日の健診はVDT作業時	1. 同じ 2. 違う
視力検査		近点検査		※実施区分 1. 裸眼 2. メガネ 3. コンタクト 4. 検査不能	
実施区分	5m	50cm	実施区分	近点距離	
右眼			左眼		
左眼			両眼		
オートレフラクト検査（配属前・全員、定期・視力0.5未満または眼科系自覚ありの者）		眼鏡（配属前・全員）			
SPH	CYL	AXIS	眼鏡		
右眼			眼鏡	1. なし 2. あり	
左眼			眼鏡		
右眼			眼鏡		
左眼			眼鏡		

記入しないでください

★診察（筋骨格系に関する検査）

頸部	肩甲骨	背部	上肢	手関節	手指	モーレイテスト	アドソンテスト	その他所見
右								所見あり
左								
判定区分	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	1. 正常 2. 異常 3. 異常 4. 正常 5. 不明（なしは空白）	
診察判定	1. 異常なし 2. 日常生活注意 3. 病院受診 4. 治療継続 医師名							

握力（右） 握力（左） （公財）長崎県健康事業団 〒859-0401 長崎県諫早市多良見町北瀬866-3 TEL 0957-43-7131（代表）FAX 0957-43-7139 http://www.npmh.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）		1. あり 2. なし
継続年数	約 年 ヶ月	
VDT作業内容		
①データ、文章の入力	約 年 ヶ月	
②受注、予約、照会業務	約 年 ヶ月	
③電子メールの受信・送信、送付	約 年 ヶ月	
④プログラミング業務、CAD	約 年 ヶ月	
⑤交通等の監視業務	約 年 ヶ月	
⑥その他（※情報機器未操作、画像診断など）	約 年 ヶ月	

★既往歴：該当する項目に 斜線を引いてください。

眼科系及びその他の病歴	なし	以前あり	治療中	眼科系及びその他の病歴	なし	以前あり	治療中
片眼の弱視（右・左）				不眠症			
斜視				抑うつ状態			
アレルギー性結膜炎				鉄欠乏性貧血			
その他の眼の病気				糖尿病			
けい両眼症候群				その他の疾患			

★自覚症状：該当する項目に 斜線を引いてください。回答の1～3については下記を参照してください。

自覚症状	1	2	3	自覚症状	1	2	3
眼が疲れる				眩しい、眼を開けるのがつらい			
眼が痛い				イライラする			
視力が落ちた気がする				寝つきが悪い			
眼がかすむ、ぼける				眼が重い			
眼がヒリヒリする				身体がだるい、疲れる			
まばたきが多くなる				腕が痛い			
頭痛がする				肩・首がこる、だるい			
眼がゴロゴロする				背中が痛い			
まぶたがピクピクする				腕が痛い			
残像が残る							

★作業環境：該当する項目に 斜線を引いてください。

①照明が明るすぎたり、暗すぎたりする	②空気が悪い	③作業台がせまい
④画面が明るすぎたり、暗すぎたりする	⑤イスの高さが合わない	⑥その他
③光が反射して画面が見にくい	④機械の音がうるさい	⑤作業空間がせまい

【お読み】 ①VDT作業時や運転時などに使用されている眼鏡を必ず持参してお越しください。
②コンタクトレンズ使用の皆さまは、検査によっては外していただく場合もありますので、ケースを持ってお越しください。
※通常の状態で検査を受けなければ、適切な判定ができない恐れがありますので、ご協力をお願いいたします。

『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”の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”の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”の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日の機器使用時間を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.症状があるが仕事・生活に支障なし”“3.症状あり仕事・生活に支障ある”の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”の欄に「/」を記入してください。