

腰痛健康診断問診票

氏名		生年月日	年 月 日	雇入年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女	健診年月日	年 月 日

次の各質問について、選択肢の中から該当するものに を、下線部に該当する事項をそれぞれ記入してください。

業 務 歴		現在の業務に就く前に、他の業務を行ったことがありますか	いいえ はい（業務の種類：_____）
既 往 歴		以前に大きな病気にかかったことがありますか	いいえ はい（病名：_____）
自 覚 症 状	腰 痛	以前に腰痛になったことがありますか （ と答えた方は「現在の症状」に進んでください。 ）	いいえ はい（初回は_____年_____月頃）
		初めて腰痛になったのはどこですか	職場で 家庭生活で 交通事故で スポーツ中に その他
		その時の起こり方はどうですか	急激に起こった 徐々に起こった
		どんなときに起こりましたか	ア 物を持ち上げた、降ろした、運んだ、よけた、拾った、押した、引いたときに イ 中腰で仕事をしているときに ウ かがんで仕事をしているときに エ 不自然な姿勢が続いたときに オ 立ち仕事をしているときに カ 運転作業中に キ 介護作業中に ク 寒冷な場所にいたときに ケ 腰をひねったときに コ 腰を打撲したときに サ 尻餅をついたときに シ 高所から落ちたときに ス 寝返り動作中に セ 洗顔中に ソ くしゃみをしたときに タ その他
	歴	治療はどうしましたか	何もしていない 家庭療法（_____） 按摩・はり等 医療機関で受診し、診療を受けた
	状	その後現在に至るまでの症状はどうですか （坐骨神経痛、下肢のしびれを含む。）	_____回発生 初回から腰痛が持続している 時折（季節・天候の変わり目、疲労時等に） 腰痛を感じる程度 初回以降腰痛はない その他

自覚症状	へ 腰 の 現 つ っ ぱ り 在 、 倦 怠 の 感 、 重 苦 し さ を 状 含 む)	現在腰痛がありますか (と答えた方は「作業の状況」に進んでください。)	いいえ はい(ときどきある場合を含む。)
		現在の業務に就いてから腰痛が発生しましたか (と答えた方は「作業の状況」に進んでください。)	いいえ はい(ときどき) はい(たびたび)
		現在の業務に就いてから腰痛が激しくなりましたか (と答えた方は「作業の状況」に進んでください。)	いいえ はい
		最近1か月に腰痛が発生しましたか (と答えた方は「作業の状況」に進んでください。)	いいえ はい
		どんなときに腰が痛みますか	寝返りするとき 朝起床時 洗顔時 立ち上がり、又は座るとき 立ち続けるとき 中腰姿勢を続けるとき かがんだ姿勢を続けるとき 上を向いての作業時 重量物を持ち上げ、又は保持する、人を抱き、 又は抱いて移動するとき 長時間腰掛け、又は座るとき 運転時 歩行時 その他
		現在の痛みの強さはどうですか	ときどき休憩をしないと仕事が続かない 休憩するほどではないが、かなり痛い ときどき軽い痛みを感じる程度 腰がだるい程度
		下肢に痛み、つっぱり、倦怠感、しびれがありますか	いいえ はい(ときどきある場合を含む。)
		その下肢痛(つっぱり、響く感じ、重苦しさ、倦怠感を含む。)はどうですか	ア 臀部・大腿から膝まで イ 臀部・大腿から足まで ウ 足がしびれている エ 足に力が入らず歩きづらい
		歩行はどうですか	全く正常に歩行が可能である 歩行で疼痛、しびれ、脱力が生じる 立ち止まって前傾し、又はうずくまるとその痛み、しびれは軽快する

自	（腰のつらさ、疲れ感、状態）	症状の変動はどうか	朝起床時又は動作のはじめに悪く、動いているうちにだんだんよくなる 動いているとだんだん悪くなる せき、くしゃみにより悪くなる
		天候に左右されますか	ア 天候に関係ある イ 天候に関係ない
		入浴すると変化しますか	ア 良くなる イ 同じ ウ 悪くなる
		現在腰痛の治療を受けていますか	はい いいえ
覚	業	現在の業務について記入してください。	従事年数 _____年 作業内容 (_____)
		どのような作業環境が多いですか	屋外作業 足場が狭い、不安定又は滑りやすい作業 ゆれ、振動又は衝撃を伴う作業 寒冷な場所における作業 その他
		どのような作業姿勢が多いですか	腰掛け作業 座作業 中腰作業 立ち作業 上を向いての作業 極端に身体を前後に曲げる作業 運転作業 その他
		取り扱う対象は何ですか	1人で_____kg ~ _____kgの物を取り扱うことが多い 重量物はほとんど取り扱わない 介護作業が多い
		どのような作業形態が多いですか	持ち上げ作業 降ろす作業 荷積み作業 荷降ろし作業 運ぶ作業 移動する作業 押し、又は引っ張る作業 介護作業 その他
		作業前体操をしていますか	はい（定期的に） はい（ときどき） いいえ
		日常生活において運動をしていますか	はい いいえ 種類 (_____) 頻度 _____ 時間 × 週当たり _____ 回程度
所見			
			医師氏名 _____