**復職時　　自己チェックリスト　健康調査票B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名  （　　　　　歳） | | 部署 |
| 記載日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　） | | 職種 |
| **あてはまる項目に○をご記入ください。　　※（　　）については、必要と思われる場合はご記入ください。** | | |
| **症状** | ①頭がすっきりしない（頭が重い）　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ②（以前はなかったが）時にめまいがする　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ③耳鳴りがする　　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ④食欲がわかない　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑤夢をみることが多い　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑥急に息が苦しくなる　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑦時々、動機がする　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑧胸が痛くなることがある　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑨イライラする　　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑩手のひらや脇の下に汗をかく　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑪人と話すことがおっくうになる　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑫肩がこる　　　　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑬背中や腰が痛い　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑭何かするとすぐ疲れる　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑮寝つきが悪い　　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| ⑯集中力がない　　　　　　　　　　　　　　・はい　　　　　　　・いいえ | |
| **その他、「気になること」「変わったこと」がありましたらご記入ください。** | | |
|  | | |

◆心の相談室（心理カウンセリング）を予約することもできます。

　　　　　　　　　予約・問合せメール：\*\*\*\*@\*\*\*\*\*.gr.jp

◆体調不良が続く等、必要な場合は速やかに受診をしましょう。