

参考資料 1) 今回実証実験で提示したウェブ問診票（Form.run）

特殊健康診断 Web問診票

本問診票は産業医科大学倫理委員会の承認、及び学長の許可を得て行う「新たに考案された特殊健診問診票の導入に関する研究」の一環として、当社産業医である大神 明の責任の下に行う調査です。

従来の問診票に加え、新問診票による情報収集を行います。

本問診票の記入にご協力いただき、感想をお聞かせいただければ幸いです。

本研究で行う問診票は記名式であるため、あなたの個人情報を取得することになりますが、その個人情報は事業場内でのみ使用されます。

添付の説明書をご一読頂き、本調査研究に参加同意を頂ける方は、下記の「同意する」にチェックいただき、各質問にお答えください。

1/17ページ

本研究の説明と参加に対する同意 必須

以下に参加される方への説明文書を提示します。内容をご一読ください。

1.研究課題名：「新たに考案された特殊健診問診票の導入に関する研究」
本研究は産業医科大学倫理委員会の承認、及び学長の許可を得て行う単機関研究です。

2.研究責任者： 産業医 大神 明

3.研究期間：西暦 2024年 12月 1日 ～ 西暦 2025年3月31日

4. 研究の背景・目的について
特殊健康診断は労働衛生管理と労働者の健康の接点であるとともに定期的なチェック機能の要でもあり、その結果を労働者の適正配置に役立て、作業環境、作業方法の改善につなげる必要があります。

☒ 以上の説明を読んだ上で参加に同意する

名前 必須

姓

名

sa

sa

名前（フリガナ） 必須

セイ

メイ

ハ

ハ

性別 必須

☐ その他

☒ 無回答

生年月日 必須

所属部署 必須

ご所属の部署を下記の中よりお選びください。

☒ コークス製造部 製造技術課

☒ コークス課 選炭係

☒ コークス課 炉設備係

☒ コークス課 操業係

☒ 設備部 設備一課

☒ 設備部 設備二課

☒ 化成部 化成課

☒ 化成部 試験課

現在治療中の病気はありますか？ 必須

☐ ある

☒ ない

病名をご記入ください 任意

次へ

作業について伺います。 あなた
あなたが現在従事している作業における取扱物質は以下のどれに当てはまりますか？
（最も多くの時間従事しているものを、該当する口にチェックを入れてください。） 必須

☐ 化学物質は使用していない

☐ 有機溶剤

☐ 特定化学物質（ベンゼン）

☐ 特定化学物質（コールタール）

☐ 特定化学物質（ナフタレン）

☐ 硫酸

☒ その他

その他の詳細

1.1 前問でお答えになった該当する化学物質について、1日に平均何時間作業をしていますか？ 平均的な使用頻度を数値でお答え下さい。 任意

時間

1.2 前問でお答えになった該当する化学物質について、週に平均何日作業をしていますか？ 平均的な使用頻度を数値でお答え下さい。 任意

日/週

1.2.a. ※頻度が少ない場合は以下に記載してください 任意

回/月

1.2.b ※頻度が少ない場合は以下に記載してください 任意

回/年

2.作業工程や取扱量等に変更がありましたか？ **必須**

☐ 作業工程の変更があった

☐ 作業工程の変更はなかった

☐ 取扱の頻度が増えた

☐ 取扱の頻度は変わらない

☐ 取扱の頻度が減った

☒ わからない

3. 局所排気装置を作業時に使用していますか？ **必須**

☐ 常に使用している

☐ 時々使用している

☒ 設置されていない

4.保護具を使用していますか？ **必須**

☒ 使用していない

☐ 常に使用している

☐ 時々使用している

4.1. 使用している保護具は以下のどの種類ですか？ **任意**

使用しているもの全てにチェックしてお答えください。

☒ 防じんマスク

☐ 防毒マスク

☐ 防じん防毒マスク

☐ 電送ファン付き呼吸用保護具

☐ エアラインマスク

☐ SCBA

☐ 手袋

☐ ゴーグル/保護メガネ

☐ 保護衣(タイベックなど)

次へ

自覚症状についてうかがいます 1. 全身一般 **必須**

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 体がだるい

☐ 疲れやすい

☐ 眠れない(不眠)

☐ 日中に強い眠気がある

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 2. メンタル系 **必須**

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ イライラしやすくなった(焦燥感)

☐ 集中力が低下する

☐ 不安感がある

☐ 抑うつ感がある

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 3. 神経系 **必須**

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 記憶力が低下した

☐ 字が書きづらくなった

☐ 言葉を話しづらくなった

☐ 頭が痛い

☐ 頭が重い

☐ めまいがする

☐ けいれんする

☐ 手足がしびれる

☐ 手が震える(振戦)

☐ 手・指・腕の感覚が鈍い

☐ 足・足指の感覚が鈍い

☐ 手の力が入りにくい(握力減退)

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 4. 筋骨格系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 関節が痛い	☐ 筋肉が痛い
☐ 手足が痛い	☐ 手指が痛い
☐ 腰が痛い	☐ 歩く時ふらつく
☐ 細かい動作がしづらい	☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 5. 眼科系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 目がチカチカする	☐ 目が充血する
☐ 涙が出やすい	☐ 異常にまぶしさを感じる
☐ 目が痛い	☐ 目が疲れる
☐ 目がかすむ	☐ 物が見えづらくなった
☐ 該当する症状はない	

自覚症状についてうかがいます 6. 耳鼻咽喉科系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 耳鳴りがする	☐ 鼻の奥が痛む
☐ 鼻やのどがイガイガする	☐ 鼻水が出る
☐ 鼻血が出る	☐ 臭いがしなくなった
☐ 異味、味が感じにくくなった	☐ 口内に炎症がある
☐ 舌が着色するようになった	☐ 口が渇く・口渇感がある
☐ 声がかれる	☐ のどが痛い
☐ 物が飲み込みにくい	☐ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 7. 呼吸器系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 息苦しい	☐ 上気道の刺激症状
☐ 咳が出る	☐ 痰が出る
☒ 該当する症状はない	

自覚症状についてうかがいます 8. 循環器系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 胸が痛い	☐ 脈が乱れる
☐ 動悸がする(心悸亢進)	☐ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 9. 消化器系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 食欲がわかない・食欲不振がある
☐ 急に痩せてきた・体重減少がある
☐ よだれが止まらない
☐ 上腹部の不快感/異常感・上腹部痛がある
☐ 胃がムカムカする
☐ 吐き気がする、よく嘔吐する
☐ 下痢が続く
☐ 便に血が混ざる、便が黒い
☐ 便秘が続く
☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 10. 血液系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 血が止まりにくい

☐ リンパ節が腫れる

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 11. 皮膚科系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 皮膚の湿疹が続く

☐ 皮膚がチクチクする

☐ 皮膚のかゆみが続く

☐ 顔面や皮膚が蒼白になった

☐ 眼や皮膚が黄色くなった

☐ 手指皮膚のカサカサが続く

☐ 急にイボや色素沈着ができた

☐ 汗が異常に出る

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 12. 泌尿器系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 尿の着色が目立つようになった

☐ 尿が出なくなった、少なくなった

☐ 血尿が出るようになった

☐ 尿の回数、量が多くなった

☐ 排尿時に痛みがある

☒ 該当する症状はない

自覚症状についてうかがいます 13. 口腔歯科系 必須

以下の各自覚症状について、あなたがここ1ヶ月のあいだに該当するものがあるか、お答えください。

(該当する口にチェックを入れてください。)

☐ 歯に色素沈着が目立つようになった

☐ 歯肉の痛みや出血が続く

☐ 歯の変化が目立つようになった

☒ 該当する症状はない

これまでの質問項目以外でその他の症状がありますか？場合以下に自由記載してください 必須

☒ その他の症状はない

☐ その他