

IDNo.		受診日		/		/	
氏名	様						
性別	男性	・	女性	生年月日	年	月	日

■回答時の注意事項

- (1) 回答はもれなくご記入ください。ご記入漏れがあると結果が正しく出力されません。
- (2) 該当する項目の「○」を鉛筆で塗りつぶしてください。記入例…
- (3) 回答後は、未回答がないか、重複して回答をしていないかを必ず確認してください。

受検の有無の同意について

今回のストレスチェックの受検に同意しますか？	同意する・・・ <input checked="" type="radio"/>	同意しない・・・ <input type="radio"/>
------------------------	--	--------------------------------

※同意しない場合は、以下の質問に回答しないで、ストレス調査票を提出してください。

A. あなたの仕事についてうかがいます。

記入例…

最もあてはまる番号を1つだけ塗りつぶしてください。

		そ う だ	そ ま あ だ	ち や が や う	ち が う
1	非常にたくさん仕事をしなければならない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	時間内に仕事が処理しきれない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	一生懸命働かなければならない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	かなり注意を集中する必要がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	からだを大変よく使う仕事だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	自分のペースで仕事ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	私の部署内で意見のくい違いがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	私の部署と他の部署とはうまく合わない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	私の職場の雰囲気は友好的である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	仕事の内容は自分にあっている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	働きがいのある仕事だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。

記入例…

最もあてはまる番号を1つだけ塗りつぶしてください。

		な ほ か つ た ど	と あ き ど つ た き	し あ ば つ た ば	ほ あ い と つ た も ど		な ほ か つ た ど	と あ き ど つ た き	し あ ば つ た ば	ほ あ い と つ た も ど	
1	活気がわいてくる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16	気分が晴れない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	元気がいっぱいだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17	仕事に手につかない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	生き生きする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18	悲しいと感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	怒りを感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19	めまいがする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	内心腹立たしい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	体のふしぶしが痛む	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	イライラしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	頭が重かったり頭痛がする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	ひどく疲れた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	首筋や肩がこる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	へとへとだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	腰が痛い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	だるい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	目が疲れる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	気がはりつめている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	動悸や息切れがする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	不安だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26	胃腸の具合が悪い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	落ち着かない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	食欲がない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	ゆううつだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28	便秘や下痢をする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	何をしても面倒だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29	よく眠れない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	物事に集中できない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

C. あなたの周りの方々にうかがいます。

最もあてはまる番号を1つだけ塗りつぶしてください。

		非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？					
1	上司	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	職場の同僚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	配偶者、家族、友人等	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？					
4	上司	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	職場の同僚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	配偶者、家族、友人等	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい聞いてくれますか？					
7	上司	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	職場の同僚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	配偶者、家族、友人等	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. 満足度についてうかがいます。

最もあてはまる番号を1つだけ塗りつぶしてください。

		満 足	満 ま あ 足	不 や 満 足	不 満 足
1	仕事に満足だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	家庭生活に満足だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

受診日
受診番号

職業性ストレス簡易調査票(57項目)

会社名			
事業所名			
所属		IDNo.	
フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	様 男・女	年 月 日	歳

平素より会社の健康・衛生管理策にご協力いただき、誠にありがとうございます。

今般、セルフケア(一人ひとりが行う自身の健康管理)のさらなる充実化及び働きやすい職場環境の形成を目的に、労働安全衛生法に基づきストレスチェックを行います。

ご多忙の中恐縮ではありますが、上記の目的を鑑みて期間内に受けるようお願い致します。

結果の取り扱いについて

ご回答いただいた個人のストレスチェック結果は、個人の健康管理を目的として、産業医・保健師のみが確認し、必要に応じて面接推奨のご連絡を個別に差し上げます。個人の結果は、同意なく事業所側(上司・人事部門等)に漏れることは一切ありません。また、職場全体のストレス傾向の把握を目的に、個人が特定できないようストレスチェック結果を加工し、分析および報告書作成に使用します。