**様式5**　**面接用事前記入シート**

ご記入の上、面接の際にご持参ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社員ID** |  | | | | **氏名** |  | | | | |
| **会社名・所属** |  | | | | | **職位** |  | | | |
| **生年月日** | **年 月** | **日（** | **歳）** | | **入社年月日** | **年 月** | |  |  | 日 |
| **問診票** | | | | | | | | | | |
| **職場関連** | **業務内容** |  | | | | | | | | |
| **現在の業務** | 年 　月から | | | | | | | | |
| **休日出勤** | 無・有 | | | 月に( )回程度 負担感 無・有 | | | | | |
| **出張** | 無・有 | | | 月に( )回程度 負担感 無・有 | | | | | |
| **残業** | 無・有 | | | 月に( )時間程度 負担感 無・有 | | | | | |
| **在宅勤務** | 無・有 | | | 週に( ) 回 / 月 に( )回 程度 | | | | | |
| **通勤時間** | （ )時間( )分 | | | 通勤方法； 公共交通機関 ・ 車 ・ 自転車 ・ 徒 ・その他 | | | | | |
| **生活習慣** | **食生活** | 1日の食事回数 | | | □3回 □2回 □1回 □それ以外( ) | | | | | |
| 外食の頻度 | | | 朝食；週に( )回 昼食；週に( )回 夕食；週に( | | |  | )回 |  |
| 間食の頻度 | | | 週に( 　回 | | | | | |
| 食事を作る人 | | | □自分自身 □配偶者 □両親・兄弟 □その他（ | | | ） |  |  |
| **飲酒** | 無・有 | | | 有りの方は 下記もご記入ください | | | | | |
| 頻度 | | | 週に(　　) 回 / 月 に( )回 | | | | | |
| 1回量 | | | （ ） | | | | | |
| 休肝日 | | | 週に(　　) 回 / 月 に(　　)回 | | | | | |
| **喫煙** | 無・有 | | | 再開した・吸う（　　本/ 日）・吸わない | | | | | |
| **運動** | 無・有 | | | 有りの方は 下記もご記入ください | | | | | |
| 頻度 | | | 週に( ) 回 / 月 に( )回 | | | | | |
| 内容 | | | （ ） | | | | | |
| 平日の睡眠時間 | | | （ ）時間 ： 〜 | | | ： |  |  |
| 休日の睡眠時間 | | | （ ）時間 ： 〜 | | | ： |  |  |
| 睡眠問題 下記項目で当てはまるものがあれば、チェックを入れてください。  □入眠しづらい □途中で目が覚める □朝早く起きてしまう □日中眠くなる | | | | | | | | |
| **自覚的な健康** | **１００点満点中** | 身体 |  | 点／　精神 | | | |  | 点 | 点 |
| **治療状況** | **【現病歴・既往歴】 過去かかった病気や現在治療中の病気があれば下記ご記入ください。** | | | | | | | | | |
| **病名** | | | | **年齢** | **現在の内服薬** | | | | |
|  | | | | 歳～ 　歳 |  | | | | |
|  | | | | 歳～ 　歳 |  | | | | |
|  | | | | 歳～ 　歳 |  | | | | |
| **心身や仕事の**  **ことで気になることがあれば記入してください** |  | | | | | | | | | |
| **産 業 医 等 メモ 備考欄** |  | | | | | | | | | |