

## 上肢障害等調査項目表

1 職歴		
(1) 採用年月日 (勤続年月)	年 月 日 ( 年 月 )	
(2) 当該職務の従事期間 (勤続年月)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
(3) 発病時の職種・職名		
2 職務の状況		
(1) 職務内容		
(2) 職員の配置状況	当該勤務所における	
	同種の職員数	名
	同種の職員の定員	名
	同種の嘱託員数	名 (勤務時間 )
	同種の臨時職員数	名 (勤務時間 )
	その他 ( )	名 (勤務時間 )
(3) 発症日以前 1 か月の同種職員の欠員状況 (同種職員が病気休暇、有給休暇、その他等を取得していたか)		

(4) 業務量

ア 業務量が過重である場合（別紙添付）

（ア） 原則として発病前6か月間における当該勤務所の同種の職員の1人当月平均業務量（業務量は、原則として、タッチ数、印字数、処理枚数、スタンプ押印回数等で測定すること。以下同じ。）

（イ） 発病前3か月間における請求者の月別業務量

イ 業務量が一定しない場合

（ア） 原則として発病前6か月間における請求者の日平均業務量

（イ） 発病前3か月間における請求者の毎日の業務量

（ウ） その他請求者の業務量

(5) その他（職場又は請求者についての特殊事情等）

**3 業務の態様**

(1) 作業時間（1日の勤務時間のうち上肢業務に従事する時間帯及び時間数）

(2) 使用機器（名称、型式、性能、大きさ、上肢への負担の程度等）

(3) 作業姿勢（身体と機器との位置関係、立位・座位等の状態、同一姿勢の持続時間数等）

(4) その他（職場の作業管理基準、職場又は請求者についての特殊事情等）

#### 4 業務環境

(1) 作業室の構造（広さ、建物の材質、機器の配置状況等）

(2) 騒音及び照明（騒音(ホン)、照度(ルクス)、まぶしさの有無等）

(3) 室温及び換気（室温、冷暖房の状態、日当り、換気の状態等）

(4) その他（職場の特殊事情等）

5 勤務の状況（条例等で規定されている場合は添付する）

(1) 1週間の勤務時間数及び勤務時間の割振りの状況

(2) 休憩・休息時間の取り方、休憩・休息施設の状態等

(3) 発症前6か月間における時間外勤務時間数（時間外勤務命令簿添付）

月	時間外勤務時間数	主 な 内 容	備 考
月	時間 分		
月	時間 分		
月	時間 分		
月	時間 分		
月	時間 分		
月	時間 分		

(4) 発症前6か月間における年次休暇、病気休暇等の行使状況

月	年次休暇	病気休暇	その他	備 考
月	時間 分	時間 分	時間 分	
月	時間 分	時間 分	時間 分	
月	時間 分	時間 分	時間 分	
月	時間 分	時間 分	時間 分	
月	時間 分	時間 分	時間 分	
月	時間 分	時間 分	時間 分	

(5) その他（請求者についての特殊事情等）

<b>6 生活の状況</b>	
(1) 職場における上司、同僚等との関係	
(2) 結婚、出産等の事情	
(3) その他（通勤の事情、運動歴等）	
<b>7 身体の状況</b>	
(1) 発病前3年間における健康診断の結果（別紙添付）	
(2) 同期間内においてり患した傷病の状況	
(3) 体格、体質等	
(4) その他（当該勤務所において同様の症状を訴えている同種の職員の有無及びそれらの職員の療養の状況等）	
<b>8 当該疾病の状況</b>	
(1) 発病年月日	
(2) 症状の経過（別紙添付）	
(3) 療養の経過及び治ゆの見込時期	
作成年月日	年 月 日
作成者所属・職名	
作成者氏名 (自署又は押印)	