

腰痛健康診断問診票 [1/2]

番号：	氏名：	生年月日： 年 月 日 (歳)	性別：男・女
入社年月日： 年 月 日 (勤続 年 月)	健診年月日： 年 月 日		
検診機関名：			

次の各質問について、□内に選択肢の中から該当するものを、下線部に該当する事項をそれぞれ記入してください。

1. 業務歴

現在の業務に就く前に、他の業務を行ったことがありますか。

① いいえ ② はい (業務の種類：_____)

2. 既往歴

以前に大きな病気にかかったことがありますか。

① いいえ ② はい (病名：_____)

3. 腰痛歴

<(1)で①と答えた場合は、4.に進んでください。>

(1) 以前に腰痛になったことがありますか。 ① いいえ ② はい (初回は ____年 ____月ごろ)

(2) 初めて腰痛になったのは ① 職場で ② 家庭生活上で ③ 交通事故で
④ スポーツ中に ⑤ その他

(3) その時の起こり方は ① 急激に起こった ② 徐々に起こった
○ どんなときに
 ア.物を持ち上げた、降ろした、運んだ、よけた、拾った、押した、引いたとき イ.中腰で仕事をして
 いたとき ウ.かがんで仕事をしていたとき エ.不自然な姿勢が続いて オ.立ち仕事をしていたとき
カ.運転作業で キ.介護作業で ク.寒冷な場所で
ケ.腰をひねった コ.腰を打撲した サ.尻餅をついた シ.高所から落ちた ス.寝返り動作で
セ.洗顔時に ソ.くしゃみをした タ.その他

(4) 治療は ① 何もしていない ② 家庭療法 _____
③ 按摩・ハリ等 ④ 医療機関で受診し、診療を受けた

(5) その後現在に至るまでの症状は (坐骨神経痛、下肢のしびれを含む) ① ____回発生 ② 初回から腰痛が持続している
③ 時折(季節・天候の変わり目、疲労時等に)腰痛を感じる程度 ④ 初回以降腰痛はない
⑤ その他

4. 現在の症状 (腰のつっぱり、倦怠感、重苦しさを含む)

<(1)~(4)で①と答えた場合は、5.に進んでください。>

(1) 現在、腰痛はありますか。 ① いいえ ② はい (ときどきある場合を含む)

(2) 現在の業務に就いてから腰痛が発生しましたか。 ① いいえ ② はい (ときどき) ③ はい (たびたび)

(3) 現在の業務に就いてから腰痛が激しくなりましたか。 ① いいえ ② はい

(4) 現在1月間に腰痛が発生しましたか。 ① いいえ ② はい

(5) どんな時に腰が痛みますか。
 ① 寝返りするとき ② 朝起床時 ③ 洗顔時
 ④ 立ち上がり、又は座るとき ⑤ 立ち続ける
 とき ⑥ 中腰姿勢を続けるとき ⑦ かがんだ姿勢を続けるとき ⑧ 上を向いての作業時 ⑨ 重量物を持ち上げ、又は保持する、人を抱き、又は抱いて移動するとき ⑩ 長時間腰掛け、又は座るとき ⑪ 運転時 ⑫ 歩行時 ⑬ その他

腰痛健康診断問診票 [2/2]

- (6) 現在の痛みの強さは ① ときどき休憩をしないと仕事が続かない
 ② 休憩をするほどではないが、かなり痛い
 ③ ときどき軽い痛みを感じる程度 ④ 腰がだるい程度
- (7) 下肢に痛み、つっぱり、倦怠感、しびれがありますか。 ① いいえ ② はい (ときどきある場合を含む)
 ア. 臀部・大腿から膝まで イ. 臀部・大腿から足
 まで ウ. 足がしびれている エ. 足に力が入らず
 歩きづらい
- その下肢痛は (つっぱり、響く感じ、重苦しさ、倦怠感を含む)
- (8) 歩行は ① 全く正常に歩行が可能である ② 歩行で疼痛、しびれ、脱力が生じる ③ 立ち止まって前傾し、又はうずくまるとその痛み、しびれは軽快する
- (9) 症状の変動は ① 朝起床時又は動作のはじめに悪く、動いているうちにだんだんよくなる ② 動いているとだんだん悪くなる ③ せき、くしゃみにより悪くなる
 ア. 天候に関係がある イ. 天候に関係ない
 a. 良くなる b. 同じ c. 悪くなる
- 天候に左右されますか。
 ○入浴すると変化しますか。
- (10) 現在腰痛の治療を受けていますか。 ① はい ② いいえ
5. 作業の状況
- (1) 現在の業務について記入してください。 従事年数：____年 作業内容：_____
- (2) どのような作業環境が多いですか。 ① 屋外作業 ② 足場が狭い、不安定又は滑りやすい作業 ③ ゆれ、振動又は衝撃を伴う作業 ④ 寒冷な場所における作業 ⑤ その他
- (3) どのような作業姿勢が多いですか。 ① 腰掛け作業 ② 座作業 ③ 中腰作業 ④ 立ち作業 ⑤ 上を向いての作業 ⑥ 極端に身体を前後に曲げる作業 ⑦ 運転作業 ⑧ その他
- (4) 取り扱う対象は ① 1人で____kg～____kgの物を取り扱うことが多い ② 重量物はほとんど取り扱わない ③ 介護作業が多い
- (5) どのような作業形態が多いですか。 ① 持ち上げ作業 ② 降ろす作業 ③ 荷積み
 作業 ④ 荷降ろし作業 ⑤ 運ぶ作業 ⑥ 移動
 する作業 ⑦ 押し、又は引っ張る作業 ⑧ 介護作業 ⑨ その他
- (6) ストレッチングをしていますか。 ① はい (定期的に) ② はい (ときどき) ③ いいえ
- (7) 日常生活において運動をしていますか。 ① はい ② いいえ
 種類：_____
 頻度：__時間×週当たり__回程度

所見

医師

㊦

(3) 下肢知覚検査

① 知覚障害

左 + - 右 + -

② 部位 ()

(4) 筋力

① 膝関節進展

左 正常 減弱 右 正常 減弱

② 足趾背屈

左 正常 減弱 右 正常 減弱

③ 足趾底屈

左 正常 減弱 右 正常 減弱

④ 腹筋

左 正常 減弱 右 正常 減弱

(5) 筋萎縮

① 臀筋 左 + - 右 + -

② 前脛骨筋 左 + - 右 + -

③ 下腿三頭筋 左 + - 右 + -

3. 脊柱機能検査

クラウス・ウェーバーテスト

(1) 腹筋 (上体起こし)

① 筋力 正常 減弱

② 筋持久力 正常 減弱

(2) 背腰筋

① 筋力 正常 減弱

② 筋持久力 正常 減弱

4. その他 (医師が必要と認める検査)

検査項目	結果

総合所見

総合所見

医師 ①