

熱中症・熱射病に係る調査票

年 月 日作成

被災職員氏名：		(男・女)		年 月 日生 (発症時 歳)	
所属名		職名			
1 職歴等					
(1) 採用年月日 (最初)	年 月 日				
(2) 発病時の職種					
(3) 当該職務の従事期間					
2 災害発生日の気象状況					
(1) 天候：	(2) 気温：	度	(3) 湿度：	度	
(4) 平均気温：	度	(5) 最高気温：	度	(6) 平均湿度：	度
3 作業環境の状況					
(1) 太陽照射の有無	<input type="checkbox"/> 太陽照射なし (日かげ)				
	<input type="checkbox"/> 太陽照射あり (日なた)				
(2) 作業環境の気温	具体的な気温 (°C)				
	※不明な場合は以下について選択 <input type="checkbox"/> 外気温より高い <input type="checkbox"/> 外気温と同程度 <input type="checkbox"/> 外気温より低い				
(3) 作業環境の湿度	具体的な湿度 (%)				
	※不明な場合は以下について選択 <input type="checkbox"/> 外湿度より高い <input type="checkbox"/> 外湿度と同程度 <input type="checkbox"/> 外湿度より低い				
(4) 気流の有無	<input type="checkbox"/> 気流を感じた		<input type="checkbox"/> 気流を感じなかった		
4 災害発生当日の業務内容					
(1) 始業時からの業務内容【時系列で記載：例：9時・〇〇作業準備、9時10分～10時・〇〇作業等】					
(2) 具体的な作業内容					
※(1)で記載いただいた業務内容の内、身体作業を伴うものについて、具体的な作業内容を記載願います。 例：階段を駆け上がる・駆け降りる等の動作を繰り返していた (〇分程度) 重たい資料 (〇kg程度) を運搬していた (〇分程度)、〇km/h程度の速さで歩行していた (〇分程度) 軽い手作業 (書く、タイピング等) を行っていた 等					
(3) 災害発生時の服装等					

5	発症時の症状【例：大量の発汗があった・両手足がしびれた・ふらふらして体に力が入らなかった等】
6	内科、循環器科、消化器科等の既往病歴
7	その他の事項（発症前日から発症日までの状況について）
(1)	健康状態：
(2)	睡眠時間： 時 分 から 翌日 時 分まで
(3)	食事の摂取状況 ① 前日の夕食： 食べた（ 時ころ）・ 食べない ② 当日の朝食： 食べた（ 時ころ）・ 食べない
(4)	飲酒の有無： あり（ を ぐらい） ・ なし
(5)	薬の服用状況： あり（種類： ） ・ なし
(6)	その他、特記事項