

参加者向けチェックリスト

高知産業保健総合支援センター

体力測定実施日(月 日)までにご担当に提出をお願いします。

社員番号		年齢	歳	記載日	年	月	日
------	--	----	---	-----	---	---	---

① 従業員の皆様の日々の取り組み

あてはまるものにチェックをお願いします		<input checked="" type="checkbox"/>
1	作業場の整理・整頓をしている	<input type="checkbox"/>
2	滑りやすいところ、つまづきやすいところに注意している	<input type="checkbox"/>
3	腰を痛めないような作業姿勢や作業方法に気を付けている	<input type="checkbox"/>
4	日頃から運動や体操を行っている	<input type="checkbox"/>

② 治療・服薬について ※治療・服薬中のものに☑を入れてください。

あてはまるものにチェックをお願いします		血压	血糖値	コレステロール	その他
1	現在服薬(治療中)である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	服薬中の方:主治医から運動制限を受けていない				<input type="checkbox"/>

③ 体調について

あてはまるものにチェックをお願いします		
1	過去1年間で仕事中に転んだことがある	<input type="checkbox"/>
2	過去1年間で仕事中に転びそうになったことがある	<input type="checkbox"/>
3	過去1年間で腰痛があった	<input type="checkbox"/>

④ 体力測定・運動指導について

全ての項目にチェックをお願いします		
①	測定記録の取扱いに同意できる (測定記録は、個人情報を除き、職場の課題として集計します。)	<input type="checkbox"/>
必須	体力測定・職場体操に参加します。(月 日開催)	<input type="checkbox"/>

ご協力ありがとうございました。
チェックリストは、サービス終了まで高知産業保健総合支援センターで保管します。