

心・血管疾患及び脳血管疾患の認定調査票

1 一般的事項	
氏名：	(男・女) 年 月 日生 (発症時 歳)
所属名・職名	
職 種： <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 技術職員 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 警察官 <input type="checkbox"/> 消防吏員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
所属の組織図又は機構図 (別添No. のとおり)	
被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況 (別添No. のとおり)	
人事記録 (別添No. のとおり)	
勤務形態： <input type="checkbox"/> 交替制勤務 <input type="checkbox"/> それ以外	
ア 勤務時間、休憩時間及び休息時間 (勤務時間) (休憩時間) (休息時間)	
平日 : _____ : _____	
その他 () : _____	
イ 週所定勤務時間数 : _____ 時間 _____ 分	
ウ 交替制勤務の内容 シフトごとの勤務時間、休憩時間及び仮眠時間帯等 (勤務割表及び仮眠時間割当表等は、別添No. のとおり)	
被災職員の所属する組織全体の業務及び分担状況 (別添No. のとおり)	
2 災害発生の状況	
① 災害発生の概況	
発 生 日 時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃	
疾 病 名 : _____	
場 所 : _____	
療養状況等 : _____	
② 災害発生現場の見取図又は写真：(別添No. のとおり)	
③ 異常な出来事・突発的事態	
ア 重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有 (詳細及び消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等は、別添No. のとおり) <input type="checkbox"/> 無	
イ 日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有 (詳細は、別添No. のとおり) <input type="checkbox"/> 無	

	ウ 暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細及び気象官署等の証明は、別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
	エ 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす事態に遭遇したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細は、別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
	オ 急激で著しい肉体的負荷を強いられる事態又は急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細は、別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
3 災害発生前の職務従事状況及び生活状況等	
① 通常の日常の職務内容（詳細は、別添No. のとおり）	
② 発症前の職務内容（通常の日常の職務内容との相違の有無及び比較を含む。）	
ア 発症前日から発症当日までの職務内容 （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容）	
イ 発症前1週間の職務内容 （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容）	
ウ 発症前1か月間の職務内容 （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容）	

	<p>エ 発症前概ね半年間程度の職務内容</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>(上記①との比較(職務内容、業務量等): <input type="checkbox"/>変化有 <input type="checkbox"/>変化無)</p> <p>(変化有の場合、その内容) -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
	<p>③ 発症前日から直前までの職務従事状況及び発症状況の詳細(別添No. のとおり)</p>
	<p>④ 発症当日から遡り過重な職務が続いていると認められる時点までの職務従事状況及び生活状況の詳細(発症前1か月間は別紙1、発症前1か月を超える期間は別紙2のとおり)</p>
	<p>⑤ 通勤の経路、方法、時間等(通勤届は、別添No. のとおり)</p>
<p>4 被災職員の身体状況に関する事項</p>	
	<p>① 健康診断結果</p> <p>ア 定期健康診断(過去5年間)の結果の写し、指導区分及び事後措置の内容(別添No. のとおり)</p> <p>イ 人間ドック(過去5年間)の診断結果の写し(別添No. のとおり)</p>
	<p>② 心・血管疾患及び脳血管疾患に係る既往歴</p> <p><input type="checkbox"/>有(以下にその内容を記入) <input type="checkbox"/>無</p> <p>ア 疾病名-----</p> <p>イ 医療機関名-----</p> <p>ウ 治療状況-----</p>
	<p>③ 素因・基礎疾患の状況</p> <p>ア 主治医の所見(別添No. のとおり)</p> <p>イ 医学的資料(別添No. のとおり)</p> <p>(ア) 診断書</p> <p>(イ) 診療録又は診療要約</p> <p>(ウ) 血圧検査、脈波伝播速度検査、血液生化学検査等諸臨床検査、心電図検査、超音波検査、X線写真、心血管・冠動脈造影、CT、MRI、シンチグラフィ等画像検査等</p>
	<p>④ 祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等(別添No. のとおり)</p>
	<p>⑤ 発症前の趣味、し好等の状況</p> <p>ア 趣味、スポーツ等</p> <p><input type="checkbox"/>有(内容) <input type="checkbox"/>無</p>

	<p>イ し好品の状況 <input type="checkbox"/>タバコ(本/日)<input type="checkbox"/>飲酒(<input type="checkbox"/>日本酒(合/日)<input type="checkbox"/>ビール(本/日) <input type="checkbox"/>洋酒(杯/日))<input type="checkbox"/>コーヒー(杯/日)</p> <p>ウ 薬の服用状況 (高血圧症、動脈硬化症、高脂血症等に係る薬剤名等) <input type="checkbox"/>有 (薬剤名 _____ 服用頻度・量 _____) <input type="checkbox"/>無</p> <p>エ 自動車の保有、発症前の運転の状況等 <input type="checkbox"/>有 (週 _____ 日運転 _____) <input type="checkbox"/>無</p>
5	<p>発症前の被災職員の前駆症状又は警告症状の有無及びその詳細 <input type="checkbox"/>有 (以下にその詳細を記入) <input type="checkbox"/>無</p> <p>① 証言者: _____ 日時: _____ 場所: _____ 内容: _____</p> <p>② 証言者: _____ 日時: _____ 場所: _____ 内容: _____</p>
6	<p>発症後の医師の所見等</p> <p>① 主治医の所見 (別添No. のとおり)</p> <p>② 医学的資料 (別添No. のとおり) ア 診断書・意見 イ 死亡診断書 (死体検案書)・解剖所見 ウ 診療録又は診療要約 エ 血圧検査、脈波伝播速度検査、血液生化学検査等諸臨床検査、心電図検査、超音波検査、X線写真、心血管・冠動脈造影、CT、MRI、シンチグラフィ等画像検査等</p> <p>③ 発症後の療養経過 : <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>療養中 (その状況を以下に記入) <input type="checkbox"/>職場復帰</p> <p>療養内容 _____ 療養期間 (入院、通院別) _____ 医療機関名 _____ 現況 _____</p>
7	<p>支部専門医の所見</p>
8	<p>その他の事項</p> <p>① 発症時の事務室、勤務場所の見取図、写真等及び騒音、照度等の職場環境 (別添No. のとおり)</p> <p>② 発症日の気象 (勤務場所における天候、気温、湿度、風速等) _____</p> <p>③ その他認定に際し、必要と思われる事項 (別添No. のとおり)</p>

9 添付を要する資料の一覧（例示）

- ①所属の組織図又は機構図
- ②被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況
- ③人事記録
- ④勤務割表及び仮眠時間割当表等（交替制勤務の場合）
- ⑤被災職員の所属する組織全体の業務及び分担状況
- ⑥災害発生現場の見取図又は写真
- ⑦重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことに係る資料（消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等）
- ⑧日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことに関する資料
- ⑨暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことに関する資料（気象官署等の証明）
- ⑩極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす事態に遭遇したことに関する資料
- ⑪急激で著しい肉体的負荷を強いられる事態又は急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことに関する資料
- ⑫通常の日常の職務内容の詳細
- ⑬発症前日から直前までの職務従事状況及び発症状況の詳細
- ⑭交替制勤務職員の深夜勤務中の出勤状況、仮眠時間数の減少等の状況に関する資料
- ⑮著しい騒音、寒暖差、寒冷、暑熱等の勤務環境の状況に関する資料
- ⑯勤務時間が不規則な職務への従事状況に関する資料
- ⑰頻回出張、時差を伴う出張等の勤務公署外における移動を伴う職務への従事状況に関する資料
- ⑱精神的又は肉体的負荷を伴う職務への従事状況に関する資料
- ⑲退勤時刻に関する資料（時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等）
- ⑳時間外勤務等の状況に関する資料（時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等）
- ㉑自宅等で作業を行ったとする場合の当該作業の状況に関する資料（自宅等での作業の内容・時間数及び根拠、自宅等で作業せざるを得なかった理由書、論文リスト・報告書等）
- ㉒出勤簿、休暇簿等
- ㉓通勤届
- ㉔定期健康診断の結果等
- ㉕人間ドックの結果
- ㉖既往歴、素因・基礎疾患に関する主治医の所見
- ㉗既往歴、素因・基礎疾患に関する医学的資料
- ㉘祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等に関する資料
- ㉙本件疾病に係る主治医の所見
- ㉚本件疾病に係る医学的資料
- ㉛発症時の事務室等の状況及び職場環境に関する資料
- ㉜その他認定に際し、必要と思われる事項に関する資料

作 成 年 月 日	年 月 日
作成者所属・職名	
作 成 者 氏 名	