

腰痛アンケート（製造業向け）

| | |
|----|--|
| 1 | 性別を教えてください <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 2 | 年齢を教えてください <input type="checkbox"/> ~20歳 <input type="checkbox"/> 21~30歳 <input type="checkbox"/> 31~40歳 <input type="checkbox"/> 41~50歳 <input type="checkbox"/> 51歳以上 |
| 3 | 現在腰痛を感じていますか？ <input type="checkbox"/> はい（次の質問へ） <input type="checkbox"/> いいえ（質問8へ） |
| 4 | 腰痛を感じる頻度を教えてください <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回 <input type="checkbox"/> ほとんどない |
| 5 | 腰痛がひどくなる頻度を教えてください <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 全くない |
| 6 | 腰痛がひどくなるタイミングを教えてください（複数可） <input type="checkbox"/> 作業開始時 <input type="checkbox"/> 長時間の作業中 <input type="checkbox"/> 重いものを持ち上げる時 <input type="checkbox"/> 作業終了後 <input type="checkbox"/> その他（自由記入） _____ |
| 7 | 腰痛の程度はどれくらいですか （0：全くない 3：少し辛い 5：辛い 7：非常に辛い 10：我慢できない痛み） <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| 8 | あなたの主な作業内容は何ですか？ <input type="checkbox"/> 重量物の運搬 <input type="checkbox"/> 組立作業 <input type="checkbox"/> 長時間の運転 <input type="checkbox"/> 検品作業 <input type="checkbox"/> ピッキング <input type="checkbox"/> その他（自由記入） _____ |
| 9 | 重量物を持ち上げる作業の頻度を教えてください <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 全くない |
| 10 | 立ち作業や同じ姿勢での作業が続くことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11 | 作業台や作業エリアの高さは腰に負担がかかると感じますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12 | 職場で腰痛予防のための教育やトレーニングを受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 定期的に受けている <input type="checkbox"/> 1度だけ受けた <input type="checkbox"/> 全く受けたことがない |
| 13 | 補助器具（リフト、台車、カートなど）を使用していますか？ <input type="checkbox"/> 常に使用 <input type="checkbox"/> 必要時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない |
| 14 | 腰痛予防のために職場に導入してほしい対策を教えてください（複数可） <input type="checkbox"/> 補助器具の導入 <input type="checkbox"/> 作業プロセスの改善 <input type="checkbox"/> 作業台の高さ調整 <input type="checkbox"/> その他 _____（自由記入） |
| 15 | 腰痛予防のために個人的に行っている対策を教えてください（複数可） <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力トレーニング <input type="checkbox"/> 気分転換やリフレッシュ <input type="checkbox"/> 腰痛ベルト使用 <input type="checkbox"/> その他 _____（自由記入） |

アンケートは以上です。お疲れさまでした！