

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	(男： 人)	(女： 人)	(計： 人)
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：		
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：		
	企業の情報※	企業名 () 労働者数 (人) 産業医数 (人) うち 総括産業医 (有 ・ 無)		
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導） (対象者 名) 2 健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導） (対象者 名) 3 健康相談（ストレスチェック相談・指導） (対象者 名) 4 健康相談（その他） (対象者 名) 5 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 8 その他 () (対象者 名)			
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない			
その他連絡事項等				

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。

なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

※「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※ 本用紙に記載された個人情報、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。

※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2（例）を使用すること。必要の場合はセンターまで請求してください。

＊下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

チェック欄
はい いいえ

- 1 全項目に漏れなく記入しています。
- 2 事業場は50人未満です。
- 3 当社に総括産業医は居ません。
- 4 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。
- 5 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。
- 6 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」
- 7 上記に相違ありません。

実 施 日 時		令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
実 施 場 所				
相 談 対 応 者		担当産業医等氏名		
ワンストップサービス		1. 該当する (静岡産業保健総合支援センター ・ 地域産業保健センター) 2. 該当しない		
事業場	事業場名			
	所在地			
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：		
	業 種			
	従業員数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)		
	その他	企業名 () 労働者数 (人) 産業医数 (人) うち 総括産業医 (有 ・ 無)		
相 談 者		1 事業者・担当者等 2 本人 (労働者) 3 その他		
		職名・職務内容：		
		氏名： (本人の場合：年齢 歳 性別： 男 ・ 女)		
相 談 内 容		(該当事項に○)	対象人数	うち、副業・兼業人数
		1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(名)	(名)
		2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(名)	(名)
		3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(名)	(名)
		4 健康相談 (その他)	(名)	(名)
		5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(名)	(名)
		6 長時間労働者に対する面接指導	(名)	(名)
		7 高ストレス者に対する面接指導	(名)	(名)
		8 その他 ()	(名)	(名)
		相談・指導内容		就 業 区 分(○を記入) 通常勤務・就業制限・要 休 業
*メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導の場合〔受診勧奨 有 ・ 無 〕				
備 考	事業場訪問 有 ・ 無			

健康相談記録票別紙（意見聴取/健康相談）

事業場名、所在地を記入してください（ゴム印使用可。実施日、担当産業医氏名は記入しないでください）。

事業場名： _____

所在地： _____

実施日：令和 年 月 日（ ） 担当産業医等氏名： _____

下記の記入例を参考にし、健康相談対象者の順番・氏名・年齢・性別等を記入してください。
6名以上の場合は、裏面の用紙を利用してください（ゴム印使用可）。

【記入例】

1	葵田 駿馬 年齢： 40 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他		
---	---------------------------------------	----------------------------	--	--

※1の「1. 事業者」には担当者等が、※2の保健指導等の「等」には相談・指導が含まれます。

順 番	氏 名 年齢・性別	相談者※1	医 師 の 意 見（指導）	
			就業区分	就業上の措置・保健指導等の内容※2
	年齢： 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要 休 業	
	年齢： 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要 休 業	
	年齢： 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要 休 業	
	年齢： 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要 休 業	
	年齢： 歳 (男 ・ 女)	1. 事業者 2. 本 人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要 休 業	

順 番	氏 名 年齢・性別	相談者	医 師 の 意 見（指導）	
			就業区分	就業上の措置・保健指導等の内容
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	
	年齢： 歳 (男・女)	1. 事業者 2. 本人 3. その他	1. 通常勤務 2. 就業制限 3. 要休業	

※ 16名以上の場合は、このページをコピーして使用してください。