

高ストレス者に対する面接指導を希望される方へ

高ストレス者に対する面接指導を希望する場合は、まずは下記の「1. 健康相談・面接指導利用申込書(様式地1)」をダウンロードし、必要事項を記入したらFAX【054-348-7734】で清庵地域産業保健センターへ申し込みをしてください。後日、清庵地域産業保健センターで内容を確認(受付)し、面接指導の日時・会場等をお知らせします。

面接日時等が決まりましたら、下記の2～5の書類をダウンロードして所定の日時まで記入・送付してください(本人の同意があれば「健康診断結果票」、「ストレスチェック結果」も含む)。

なお、面接指導が終わりましたら、後日、本人宛に「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」等の書類を郵送します。

記

1. 健康相談・面接指導利用申込書(様式地1-1) ※事業場記入
2. 医師による面接指導申出書の写し(様式地4) ※本人記入
3. 労働時間等に関するチェックリスト(様式地5) ※事業場記入
4. ストレスチェック実施状況報告書(様式地5の2) ※事業場記入
5. 心身の健康状況、生活状況の把握のためのチェックリスト
※本人記入
6. 直近の健康診断結果票(本人の同意が必要)
7. ストレスチェック結果(本人の同意が必要)

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*	1 事業者 2 個人事業者 3 個人事業主等への注文者等 ----- 企業名 () 本社の有無 (有・無) 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	
地域産業保健センターの 利用	<input type="checkbox"/> 新規(直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外	
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は、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。

* 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 事業場は50人未満です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 当社に総括産業医は居ません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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。」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 (個人事業者、注文者等のみ確認) 労災保険に加入している又は特別加入をしている | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 上記に相違ありません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

様式地4 (例)

医師による面接指導申出書

令和 年 月 日

事業者 殿

所 属

氏 名

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分 (いずれかにチェック)

- : 1月あたり80時間を超える時間外労働・休日労働 (申出者)
(労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項)
- : 上記以外の長時間労働等
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項)
- : 研究開発業務従事者であって、時間外労働・休日労働が1月100時間超の者
(労働安全衛生法第66条の8の2第1項、労働安全衛生規則第52条の2の2第1項)
- : 高度プロフェッショナル制度適用者で、1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第3項)
- : 高度プロフェッショナル制度適用者で、健康管理時間が1月100時間超の者
(労働安全衛生法第66条の8の4第1項、労働安全衛生規則第52条の2の4第1項)
- : 高ストレス者
(労働安全衛生法第66条の8の4第1項)

2 面接指導を受ける医師 (いずれかにチェック)

- : 地域産業保健センターの医師
- : 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

様式地5 (例) 労働時間等に関するチェックリスト

(R1.5.1改正)

1 氏名 性別 男 女 年齢 歳

2 所属事業場名・部署 役職

3 雇用形態 正社員 契約社員・パートタイム等 派遣労働者

4 労働時間制等 変形労働時間制または裁量労働制の適用

(該当項目をチェック)

長時間労働者向け面接指導の対象者

高ストレス者向け面接指導の対象者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

(高度プロフェッショナル制度適用者以外)

- 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者 (医師のみ)
- 時間外・休日労働時間が月80時間超の者 (申し出者でない者)
- 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者 (以下「研究開発業務従事者」という) であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者 (医師のみ)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者 (医師のみ)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者 (申し出者でない者)
- 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- その他の者：
(高度プロフェッショナル制度適用者：(いずれも医師のみ))
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間超の者
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下の申し出者

過去の面接指導 (なし あり ・ 過去の指導年月 年 月)

前1か月間について

年 月 日 ~ 月 日

①労働時間等	総労働時間 (実績)	<input type="text"/>	時間/月
	時間外・休日労働時間	<input type="text"/>	時間/月
	通勤時間 (片道)	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分	
②労働日数等	総労働日数 (実績)	<input type="text"/>	日/月
	所定休日数	<input type="text"/>	日/月
	有給休暇・欠勤日数	<input type="text"/>	日/月

③業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

作成者

氏名	<input type="text"/>
事業場名	
連絡先	

【機密性2】

様式地5の2 ストレスチェック実施状況報告書

当社で採用したストレスチェック調査票及び高ストレス者の選定方法は以下のとおりです。

1 ストレスチェック調査票（該当するものにチェック）

- ：① 職業性ストレス簡易調査票（57項目）
- ：② 職業性ストレス簡易調査票（簡略版）（23項目）
- ：③ その他

その他にチェックされた場合には、下記事項のうち該当するものにチェックをしてください。

- ：Ⅰ 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目を含んでいる
- ：Ⅱ 当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目を含んでいる
- ：Ⅲ 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目を含んでいる

（注）ストレスチェック調査票の③その他に記載の場合は、Ⅰ～Ⅲ全てにチェックが入っていることを確認してください。

2 高ストレス者の選定方法（該当するものにチェック）

高ストレス者の選定方法について、該当するものにチェックをしてください。

- ：① 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- ：② 調査票のうち「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

（注）高ストレス者の選定にあたっては、厚生労働書作成「ストレスチェック制度関係 Q & A」のQ4-3にあるとおり、①又は②の要件を満たす者となっていますので、事業場における選定にあたっては、この基準に沿って選定していることを確認してください。

作成者

氏名 事業場名 連絡先	
-------------------	--

心身の健康状況・生活状況の把握のためのチェックリスト

※ ①当てはまる項目にチェック又は記入してください。②面接する産業医に直接提出してください。

■現病歴（基礎疾患） 特になし

- 高血圧、 糖尿病、 脂質異常症（高脂血症）、 肥満、 痛風ないし高尿酸血症、
 脳血管疾患、 虚血性心疾患、 不整脈（ ）、 肝疾患（ ）、
 腎疾患（ ）、 がん（ ）、 その他（ ）

罹患経過：発症 年頃 今後の受療（ あり、 なし）

■定期健康診断、人間ドックなどの所見（受診日： 年 月 日）

--

■主訴、自覚症状 特になし

- 頭痛・頭重、 めまい、 しびれ、 歩行障害、 動悸、 息切れ、 胸痛、
 むくみ、 抑うつ気分、 興味・意欲の低下、 不安感、 思考力の低下、 もの忘れ、
 食欲低下、 不眠（入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など）、 疲労感
 その他のストレス関連疾患（心身症等）（ ）

疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

症 状	
原 因	

■生活習慣

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん（換算） 本/日（ 日/週）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日× 年
運動	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 （複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均（休日を含む） 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

※産業医記入欄（検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立つ）

検査所見	血 圧	/	mmHg	
	脈 拍	/分	不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	体 重	kg		
	身 長	cm	BMI：	腹 囲： cm
	その他			
理学的所見(※)				
神経学的所見(※)				
その他				