

様式地 1		
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：
	本社、親企業等の情報*	本社、親企業等の名称 ( ) 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 ( 人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理(メンタルを含む)に係る相談 (対象者 名) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 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		
<p>※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。 なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。</p> <p>※ 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ご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。</p> <p>※ 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。</p>		
<p>* 下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。</p> <p style="text-align: right;">チェック欄 はい いいえ</p> <p>1 就業する事業場は50人未満です。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2 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"/></p> <p>3 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"/></p>		

様式地 4

医師による面接指導申出書

平成 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100時間を超える時間外・休日労働  
（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）
- ： 高ストレス者  
（労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の15）

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 労働時間等に関するチェックリスト

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

時間外・休日労働時間が月100時間超の申し出者

時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者

会社または事業場の基準該当者

時間外・休日労働時間が月100時間超の者

時間外・休日労働時間が月80時間超の者

時間外・休日労働時間が月45時間超の者

その他の者：

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 事業場名 連絡先	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

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

- : 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

2 高ストレス者の選定方法

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

作成者

氏名 事業場名 連絡先	
-------------------	--

※ 高ストレス者に対する面接指導の利用を希望する事業者は上記のいずれかにチェックをお願いいたします。

# 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

## (長時間労働者・高ストレス者用)

・労働者の皆様は該当する□にレ点を記入してください。定期健康診断の結果があれば、ご持参ください。  
 なお、**理学的・神経学的所見欄**（下記の※）は医師が記入します。

- 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    その後の受療（  あり、  なし）

■定期健康診断などの所見（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）（            ）

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	

■生活状況（アルコール、たばこについては、最近の変化についても確認）

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） 最近の変化：（            ）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う    本/日×    年 最近の変化：（            ）
運動	<input type="checkbox"/> 特にしなない <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"/> 特にない <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日あたり    平日：            時間    /    休日：            時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

■検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立てます。

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		

<参考：高ストレス者の場合に留意すべきストレス関連疾患（心身症）>

部位	主な症状
呼吸器系	気管支喘息，過換気症候群
循環器系	本態性高血圧症，冠動脈疾患（狭心症，心筋梗塞）
消化器系	胃・十二指腸潰瘍，過敏性腸症候群，潰瘍性大腸炎，心因性嘔吐
内分泌・代謝系	単純性肥満症，糖尿病
神経・筋肉系	筋収縮性頭痛，痙性斜頸，書痙
皮膚科領域	慢性蕁麻疹，アトピー性皮膚炎，円形脱毛症
整形外科領域	慢性関節リウマチ，腰痛症
泌尿・生殖器系	夜尿症，心因性インポテンス
眼科領域	眼精疲労，本態性眼瞼痙攣
耳鼻咽喉科領域	メニエール病
歯科・口腔外科領域	顎関節症

日本心身医学会教育研修委員会編 1991 心身医学の新しい診療指針，心身医学，31 (7)，p57 をもとに作成