

太枠の部分をご記入下さい (記入例赤字)

産業保健活動記録票

地域産業保健センター

事業場名	<b>岡山機器販売株式会社</b>		労働者数	男 <b>15</b> 人 女 <b>10</b> 人 合計 <b>25</b> 人
事業主職氏名	<b>代表取締役 岡山 太郎</b>		安全衛生推進者/ 衛生推進者氏名	<b>倉敷 二郎</b>
所在地	<b>岡山市北区下石井2-1-100</b>			
事業内容	<b>事務用品の販売</b>			
ワンストップサービス	1. 該当する (岡山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			
労働災害発生状況 (休業4日以上)	平成 年 件、平成 年 件、平成 年 件			
業務上疾病件数	平成 年 件、平成 年 件、平成 年 件			
私傷病休業者数	平成 <b>27</b> 年 <b>1</b> 件、平成 年 件、平成 年 件			
	健康診断実施状況		管理体制	設備等
	実施日	受診者数	有所見者数	作業主任者 特別教育 局排設置 保護具
一般	<b>H28.4.8</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	環境測定 管理区分
有機				
鉛				
特化				
石綿				
粉じん				
高気圧				
電離				
除染電離				
騒音				
VDT	<b>H28.4.8</b>	<b>5</b>		
その他				
休憩室	<b>有</b> ・ 無		救急用具	<b>有</b> ・ 無
指導・助言内容 訪問日 年 月 日				
*労働者に対する健康講話の実施 有 ・ 無 テーマ： 参加人数： 人				
連絡事項				
訪問者氏名 医師 _____ 保健師 _____ 労働衛生工学専門員 _____				

訪問事業場確認