

健康相談記録票

地域産業保健センター

実施日	太枠の部分をご記入下さい (記入例赤字)		月	日 ( )	時	分 ~	時	分
実施場								
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 (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							
事業場	事業場名	岡山機器販売株式会社						
	所在地	岡山市北区下石井2-1-100						
	担当者	職・氏名: 総務課長 倉敷二郎 電話: 086-000-0000 FAX: 086-000-0010						
	業種	1. 製造業 2. 建設業 3. 運送業 4. 電気・ガス・水道業 5. 情報・通信 6. 卸・小売 7. 金融・保険 8. 不動産業 9. 飲食店・宿泊業 10. 医療・福祉 11. 教育・学習支援事業 12. サービス業 (その他) 13. その他 ( )						
	従業員数	(男: 15 人) (女: 10 人) (計: 25 人)						
	その他	事業場の属する企業の全労働者数 ( 300 人) 関連企業 (本社等) の産業医数 (産業医 1 名、内専属産業医 名)						
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: 総務課長 氏名: 倉敷二郎 (本人の場合: 年齢 歳 性別: 男・女)							
相談内容	(該当事項に○)							
	1 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象(有所見)者 名) 2 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 3 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 4 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) (血中脂質、血圧、血糖、尿糖、心電図の項目に関するもの) 5 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) 6 健康相談 (上記4.5.に該当しない健康状態に関するもの) (対象者 名) 7 その他 (作業環境、作業環境管理などに関する相談) (対象者 名)							
	相談・指導内容 (上記該当事項 1~7 について具体的に記入してください)							
備考	*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							
	事業場訪問 有 ・ 無							