

健康相談記録票

地域産業保健センター

実施日時	平成 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 (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	
	所在地	
	担当者	職・氏名 : 電話 : FAX :
	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 : 人) (女 : 人) (計 : 人)
	その他	事業場の属する企業の全労働者数 (人) 関連企業 (本社等) の産業医数 (産業医 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 : 氏名 : (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)
		*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	