

健康相談・面接指導 利用申込書

地域産業保健センター行

令和 年 月 日

| | | |
|---------|--|--|
| 事業場 | 事業場名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 労働者数 | (男: 人) (女: 人) (計: 人) |
| | 業種 (いずれかに○) | 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 例) 介護保険施設/菓子等の製造・販売/小荷物の配送 のように具体的にご記入ください。 |
| | 事業内容 | () |
| | 代表者 | 職名: 氏名: |
| | 連絡担当者 | 職名: 氏名: 電話: FAX: |
| 企業の情報※1 | 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※2 (有・無) | |
| 相談対応 | 相談内容 (希望するものに○) | 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) 特殊健診がある場合✓を入れてください→(特殊健診 □あり) 2 長時間労働者に対する面接指導 *詳細を「その他連絡事項欄」へ (対象者 名) 3 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 4 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談 (対象者 名) 5 保健師による保健指導等 (対象者 名) 6 その他 () (対象者 名) |
| 事業場訪問 | 1 希望する 2 希望しない | 1 職場巡視等による産業保健指導 2 労働衛生工学専門員による作業環境等の産業保健指導 |
| その他連絡事項 | *上記「相談内容」の 2 長時間労働者についての詳細 ◆長時間労働の対象月: () 月 ①80時間超の申出者 () 名 ②研究開発業務従事者 100時間超 () 名 ③高プロ対象労働者 100時間超 () 名 ④上記①~③以外 () 名 ◇監督署からの指導・有: () 月 | |

※1 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※2が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。

※2 「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。

※3 利用の申込みは、年度毎に2回まで可能ですが、申込みの状況等により利用をお断りする場合があります。

※4 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。

※5 副業・兼業に関する相談は様式地1-2を使用する事。

*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 事業場は50人未満です。 はい いいえ
- 2 当社に総括産業医※2は居ません。 はい いいえ
- 3 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。 はい いいえ
- 4 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。 はい いいえ
- 5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は、「保健指導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。」 はい いいえ
- 6 今回が初めての利用です。 はい いいえ (前回利用日 年 月頃)