

太枠の部分にご記入ください(記入例赤字)

健康相談記録票

地域産業保健センター

実施日時	令和 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	日本機器販売株式会社 岡山営業所	
	所在地	岡山市北区駅前町5-6-2	
	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・学資支援事業 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	企業名 ( 日本機器販売株式会社 ) 労働者数 ( 300 人 ) 産業医数 ( 1 人 ) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )	
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○)	対象人数	うち、副業・兼業人数
	1 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (有所見者)	( 名 )	( 名 )
	2 長時間労働者に対する面接指導	( 名 )	( 名 )
	3 高ストレス者に対する面接指導	( 名 )	( 名 )
	4 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) (血中脂質、血圧、血糖、尿糖、心電図の項目に関するもの)	( 名 )	( 名 )
	5 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	( 名 )	( 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)	( 名 )	( 名 )
	7 その他 (作業環境、作業環境管理などに関する相談)	( 名 )	( 名 )
	8 その他 (コロナ、ギャンブル依存症、 アルコール依存症、その他依存症)	( 名 )	( 名 )
相談・指導内容 (上記該当事項 1~8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		