

健康相談記録票

地域産業保健センター

実施日時	令和 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	企業名 ( ) 労働者数 ( 人 ) 産業医数 ( 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 : 氏名 : (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		