

健康相談記録票

大田 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 (東京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	職名: _____ 氏名: _____ 電話: _____ FAX: _____		
	業種			
	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 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	( _____ 名)	( _____ 名)	
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	( _____ 名)	( _____ 名)	
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	( _____ 名)	( _____ 名)	
	4 健康相談 (その他)	( _____ 名)	( _____ 名)	
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	( _____ 名)	( _____ 名)	
	6 長時間労働者に対する面接指導	( _____ 名)	( _____ 名)	
	7 高ストレス者に対する面接指導	( _____ 名)	( _____ 名)	
	8 その他 ( _____ )	( _____ 名)	( _____ 名)	
相談・指導内容				
*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			