

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