

令和 年 月 日

関係各位

大田地域産業保健センター  
〒143-0024 東京都大田区中央 4-31-14  
東京都大森医師会館内  
電話 3772-2402 FAX 3777-7622  
担当者 加藤 幸子

「健康診断の結果についての医師の意見聴取」に係る書類送付について

時下、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、「健康診断の結果についての医師の意見聴取に係る書類」を送付いたしますので、事前にご記入の上ご持参願います。また、書類の記入につきましては、記入漏れのないようお願い致します。

#### 記

1. 「健康相談記録票」（様式地7）

事業場・相談者欄をご記入ください。

2. 「健康診断個人票」

「労働者の氏名」をご記入いただき、夫々の健康診断結果票の左上にホチキスで留めて下さい。

A4版1枚（2名分）を送付いたしますので、お手数ですがコピーしてご活用ください。

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			

労働者の氏名		意見を述べた 医師の氏名	印
--------	--	-----------------	---

就業区分		就業上の措置の内容	参考意見・指導事項
区分	内容		
<input type="checkbox"/>	通常勤務	通常の勤務でよいもの	<input type="checkbox"/> 通院・治療の時間確保等の配慮をお願いします
<input type="checkbox"/>	就業制限	勤務に制限を加える必要があるもの	
<input type="checkbox"/>	要休業	勤務を休む必要がある	
		療養のため、休暇・休職等により一定期間勤務させない措置を講じる	

該当欄にレ印を記入

H31.4.1

令和 年 月 日

大田地域産業保健センター

労働者の氏名		意見を述べた 医師の氏名	印
--------	--	-----------------	---

就業区分		就業上の措置の内容	参考意見・指導事項
区分	内容		
<input type="checkbox"/>	通常勤務	通常の勤務でよいもの	<input type="checkbox"/> 通院・治療の時間確保等の配慮をお願いします
<input type="checkbox"/>	就業制限	勤務に制限を加える必要があるもの	
<input type="checkbox"/>	要休業	勤務を休む必要がある	
		療養のため、休暇・休職等により一定期間勤務させない措置を講じる	

該当欄にレ印を記入

H31.4.1

令和 年 月 日

大田地域産業保健センター