

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		