

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

長時間労働の面接指導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、「長時間労働の面接指導に係る書類」を送付いたしますので、面接当日は必ずご持参願います。また、書類の記入につきましては、別紙をご一読頂き記入漏れのないようお願い致します。

記

1. 「長時間労働者への面接指導チェックリスト」（全8ページ）
2. 「医師による面接指導申出書」（様式地4）
3. 「労働時間等に関するチェックリスト」（様式地5）
4. 「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」（様式地6）
5. 「健康相談記録票」（様式地7）

の5点を必ずご記入の上ご持参願います。

面接指導当日は、上記の5点の書類のほか、必ず事業主健診の「健康診断結果票」、及び直近3ヶ月ないし6ヶ月の「時間外労働実績票」もご持参下さい。

記入漏れ等がありますと面接出来ない時があります。

書類は全てボールペンでご記入ください。

1. 「長時間労働者への面接指導チェックリスト」 (全8ページ)

1ページを事業所で記入し、2ページから4ページは面接指導を受ける方が記入して下さい。5ページ以降は医師が記入しますので、8枚全ての書類を面接会場までご持参ください。また医師の記入箇所には一切記入しないで下さい。

2. 医師による面接指導申出書 (様式地4)

提出が法定されております。面接指導は本人の申し出がなければ出来ません。全てご記入ください。(特に事業者・所属・氏名等は必ずご記入ください)

3. 労働時間等に関するチェックリスト (様式地5)

全てご記入ください。

4. 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書 (様式地6)

対象者欄 (対象者・氏名・所属・性別・年齢・勤務状況) をご記入ください。

5. 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。

※ 「面接指導結果報告書」 は後日送付いたします。

# 長時間労働者への面接指導

## チェックリスト (地域産業保健センター用)

以下の情報は個人情報であり、プライバシーに十分配慮すること。

<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月100時間超の申し出者	面接指導日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 会社または事業場の基準該当者	面接医師	
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月100時間超の者	医師の所属	
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月80時間超の者		
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月45時間超の者		
<input type="checkbox"/> その他の者：		
<input type="checkbox"/> 過去の面接指導 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 直近の年月 年 月 )		
(あらかじめ事業場等にチェック・記入してもらう)		

### I 事業場 (人事・労務担当者) 等からの情報

(あらかじめ事業場等にチェック・記入してもらう)

1 氏名  性別  男  女 年齢  歳

2 所属事業場名・部署  役職

3 情報源  事業者からの情報  本人からの聴取 (該当項目をチェック)

#### 前1か月間について

年 月 日 ~ 月 日

①労働時間等	総労働時間 (実績)	<input type="text"/>	時間/月
	時間外・休日労働時間	<input type="text"/>	時間/月
	通勤時間 (片道)	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分	

②業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

## Ⅱ 疲労・ストレス蓄積度のチェック

### 1 面接による疲労蓄積度のチェック

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

(1) 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. イライラする	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
4. ゆうつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
8. することに間違いが多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
9. 工作中、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
10. やる気が出ない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
11. へとへとだ (運動後を除く)	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)

〈自覚症状の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

I	0~4点	II	5~10点	III	11~20点	IV	21点以上
---	------	----	-------	-----	--------	----	-------

(2) 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. 1か月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当 (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	—
3. 出張に伴う負担 (頻度・拘束時間・時差など)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担 (★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である (0)	<input type="checkbox"/> 不適切である (1)	—
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
7. 仕事についての身体的負担 (★2)	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)

★1: 深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後10時～午前5時) の一部または全部を含む勤務を言います。

★2: 肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

〈勤務の状況の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

A	0点	B	1~2点	C	3~5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

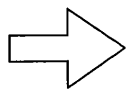
### (3) 総合判断

次の表を用い、(1) 自覚症状の評価、(2) 勤務の状況の評価結果から、仕事による負担度の点数(0~7)を求めてください。

#### 仕事による負担度点数表

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

※ 糖尿病や高血圧症等の疾病がある方の場合には判定が正しく行われない可能性があります。



仕事による負担度の点数は

点(0~7)

判 定	点 数	仕事による負担度
	0~1	<input type="checkbox"/> 低いと考えられる
	2~3	<input type="checkbox"/> やや高いと考えられる
	4~5	<input type="checkbox"/> 高いと考えられる
6~7	<input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる	

※ 点数が4点以上の場合には仕事の負担度が高いと考えられます。

## 2 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断

次の全ての項目について直接質問し、チェックし事後措置を行う。

<b>A1</b> この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A2</b> この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

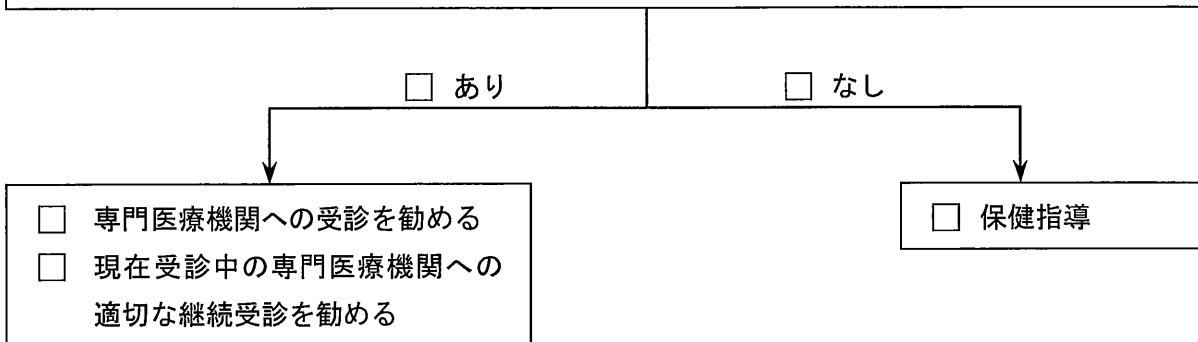
A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合、下記の質問に進む。

両方とも「いいえ」の場合、以下のA3からA5までの質問については省略してよい。

この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、

<b>A3</b> 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A4</b> 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A5</b> 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」で、A1～A5の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」がある。



### 3 診察・検査所見

面接指導を受ける全ての者に対して、初診時に準じ直接問診し、チェックし、評価・判定・指導等に役立てる。理学的・神経学的所見欄(※)以外は産業保健スタッフの協力を得てもよい。

■現病歴(基礎疾患)  特になし

- 高血圧、 糖尿病、 脂質異常症(高脂血症)、 肥満、 痛風ないし高尿酸血症、  
 脳血管疾患、 虚血性心疾患、 不整脈( )、 肝疾患( )、  
 腎疾患( )、 がん( )、 その他( )

罹患経過：発症  年頃  年 其後の受療(  あり、 なし)

■定期健康診断、人間ドックなどの所見(受診日： 年 月 日)

--

■主訴、自覚症状  特になし

- 頭痛・頭重、 めまい、 しびれ、 歩行障害、 動悸、 息切れ、 胸痛、  
 むくみ、 抑うつ気分、 興味・意欲の低下、 不安感、 思考力の低下、 もの忘れ、  
 食欲低下、 不眠(入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など)、 疲労感  
 疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

症 状	
原 因	

■生活習慣

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん(換算) 本/日( 日/週)
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日× 年
運動	<input type="checkbox"/> 特にしなない <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均(休日を含む) 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

■検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立てる

検査所見	血圧	/	mmHg	
	脈拍	/分	不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	体重	kg		
	身長	cm	BMI：	腹囲： cm
	その他			
理学的所見(※)				
神経学的所見(※)				
その他				

## 4 医師による医学的判断のまとめ

(まとめに必要な場合に記述する)

業務の過重性等	
メンタルヘルス	
生活習慣病等	
その他	

## Ⅲ 評価・判定と意見・指導

### 1 評価と判定

(以上の所見を医学的に判断し該当項目をチェック)

(1) 評価：Ⅳ面接指導結果報告書の“疲労の蓄積の状況”と“配慮すべき心身の状況”の判定に用いられる

	なし	あり		
		軽	中	重
(ア) 疲労の蓄積の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(イ) 脳・心臓疾患のリスク要因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ウ) うつ病等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(エ) 指導の必要性	なし		あり	
生活	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
就業	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
医療機関受診	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



(2) 判定

(定期健康診断の判定に準じて区分する)

ア 診断区分

- 異常なし
- 要観察 精密検査 (  不要  要)

要医療

対象疾病

<input type="checkbox"/> 脳・心臓疾患	
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調	
<input type="checkbox"/> 上記以外の健康障害	

イ 就業区分

- 通常勤務
- 就業制限  労働時間短縮  時間外労働(残業)制限・禁止  配置転換など
- その他

要休業

(就業制限、要休業については、事業場の事業者や産業保健スタッフから話を聞くことが望ましい。)

ウ 指導区分

- 指導不要
- 要保健指導 (生活指導を含む)
- 要医療指導

**2** 対象労働者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導の進め方

(以上の所見の医師としての判断に従って行う)

- 不要
- 要 (以下は例示であるが、上記Ⅲの1の(2)の判定の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。)
  - 1 面接結果に基づく過重労働による脳・心臓疾患発症のリスク等の説明と指導
  - 2 業務上の指導 (面接指導による診断区分、就業区分、指導区分による)
  - 3 日常生活に関する指導 (生活習慣、生活習慣病の指導)
    - 特に  睡眠時間の確保
    - 正しい生活リズムの確立
  - 4 特定保健指導の対象となる場合には受診を勧奨
  - 5 ストレスへの一般的保健指導
  - 6 専門医療機関への受診勧奨と紹介
  - 7 その他

### 3 事業者に対する事後措置に係る意見の具申

- 不要
- 要（以下は例示であるが、Ⅲの1の(2)の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。）
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 労働時間の短縮（時間管理の徹底）、時間外労働制限・禁止など | <input type="checkbox"/> 4 人事・労務管理体制の確立 |
| <input type="checkbox"/> 2 面接指導結果による診断区分、就業区分、指導区分の説明と対処 | <input type="checkbox"/> 5 健康管理の徹底      |
| ・配置転換  | <input type="checkbox"/> 6 労働衛生教育等の充実   |
| ・医療機関受診機会の授与   | <input type="checkbox"/> 7 その他          |
| <input type="checkbox"/> 3 業務上の負荷の軽減                     |   |
| ・休養の付与   |   |
| ・その他   |   |
- 

### 4 事業者、産業保健スタッフによるフォロー

（必要に応じ必ずフォローする）

- 不要
- 要
- か月後  
 か月毎  
 その他

### 5 外部機関への依頼とフォロー

（必要に応じ依頼先を記録しておく）

- 不要
- 要
- |       |     |
|-------|-----|
| 外部機関名 | TEL |
| 担当医師  | TEL |

### 6 その他

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 情報保管者名                    | (保管者名を記入の上チェック)            |
| <input type="checkbox"/> 2 事業者への面接指導結果報告書と事後措置に係る意見書 | (Ⅳに記入して提出した場合、コピーを添付しておく。) |

様式地 4

医師による面接指導申出書

令和 年 月 日

事業者 殿

所 属

氏 名

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分（いずれかにチェック）

- ： 1月あたり80時間を超える時間外労働・休日労働（申出者）  
（労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項）
- ： 上記以外の長時間労働等  
（労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項）
- ： 研究開発業務従事者であって、時間外労働・休日労働が1月100時間超の者  
（労働安全衛生法第66条の8の2第1項、労働安全衛生規則第52条の2の2第1項）
- ： 高度プロフェッショナル制度適用者で、1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下  
（労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第3項）
- ： 高度プロフェッショナル制度適用者で、健康管理時間が1月100時間超の者  
（労働安全衛生法第66条の8の4第1項、労働安全衛生規則第52条の2の4第1項）
- ： 高ストレス者  
（労働安全衛生法第66条の10の3項）

2 面接指導を受ける医師（いずれかにチェック）

- ： 地域産業保健センターの医師
- ： 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

【機密性 2】

様式地 5 労働時間等に関するチェックリスト

(R1. 5. 1 改正)

- 1 氏 名  性別  男  女 年齢  歳
- 2 所属事業場名・部署  役職
- 3 雇用形態  正社員  契約社員・パートタイム等  派遣労働者
- 4 労働時間制等  変形労働時間制または裁量労働制の適用  
(該当項目をチェック)

- 長時間労働者向け面接指導の対象者  高ストレス者向け面接指導の対象者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

(高度プロフェッショナル制度適用者以外)

- 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者 (医師のみ\*)
- 時間外・休日労働時間が月80時間超の者 (申し出者でない者)
- 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者 (以下「研究開発業務従事者」という。) であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者 (医師のみ\*)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者 (医師のみ\*)
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者 (申し出者でない者)
- 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- その他の者：

(高度プロフェッショナル制度適用者：(いずれも医師のみ\*))

- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間超の者
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下の申し出者

\*「医師のみ」と記載したところは医師以外の者が対応することができないことをいう。

- 過去の面接指導 (  なし  あり ・ 過去の指導年月 年 月 )

前1か月間について

年	月	日	～	月	日
---	---	---	---	---	---

- |        |            |  |      |
|--------|------------|--|------|
| ①労働時間等 | 総労働時間 (実績) | <input type="text"/>                           | 時間/月 |
|        | 時間外・休日労働時間 | <input type="text"/>                           | 時間/月 |
|        | 通勤時間 (片道)  | <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分 |      |
| ②労働日数等 | 総労働日数 (実績) | <input type="text"/>                           | 日/月  |
|        | 所定休日数      | <input type="text"/>                           | 日/月  |
|        | 有給休暇・欠勤日数  | <input type="text"/>                           | 日/月  |

③業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

--------------

作成者

氏名 事業場名 連絡先	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

【機密性2】

様式地5の2 ストレスチェック実施状況報告書

当社で採用したストレスチェック調査票及び高ストレス者の選定方法は以下のとおりです。

1 ストレスチェック調査票（該当するものにチェック）

- ：① 職業性ストレス簡易調査票（57項目）
- ：② 職業性ストレス簡易調査票（簡略版）（23項目）
- ：③ その他

（注）その他にチェックされた場合には、下記事項のうち該当するものにチェックをしてください。

- ：Ⅰ 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目を含んでいる
- ：Ⅱ 当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目を含んでいる
- ：Ⅲ 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目を含んでいる

（注）ストレスチェック調査票の③その他に記載の場合は、Ⅰ～Ⅲ全てにチェックが入っていることを確認してください。

2 高ストレス者の選定方法（該当するものにチェック）

高ストレス者の選定方法について、該当するものにチェックをしてください。

- ：① 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- ：② 調査票のうち「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

（注）高ストレス者の選定にあたっては、厚生労働書作成「ストレスチェック制度関係 Q & A」のQ4-3にあるとおり、①又は②の要件を満たす者となっていますので、事業場における選定にあたっては、この基準に沿って選定していることを確認してください。

作成者

氏名 事業場名 連絡先	
-------------------	--

様式地6 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書

長時間労働者関係 ・ 高ストレス者関係 【該当するものに○】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名	所属	
		男・女	年齢 歳
勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の要因)			
疲労の蓄積の状況 【長時間労働者のみ】		0. (低)	1. 2. 3. (高)
心理的な負担の状況 【高ストレス者のみ】		(ストレスチェック結果) A. ストレスの要因 _____ 点 B. 心身の自覚症状 _____ 点 C. 周囲の支援 _____ 点	(医学的所見に関する特記事項)
その他の心身の状況		0. 所見なし 1. 所見あり ( )	
面接 医師 判定	本人への指導区分 ※複数選択可	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再接触 (時期: ) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	(その他特記事項)

就業上の措置に係る意見書				
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業			
就業 上 の 措 置	労働時間 の短縮 (考えられるもの に○)	0. 特に指示なし		4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
		1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで		5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)
		2. 時間外労働の禁止		6. その他
		3. 就業時間を制限 _____ 時 分 ~ _____ 時 分		
	労働時間以外 の項目 (考えられるもの に○を付け、措置 の内容を具体的に 記述)	主要項目	a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	
措置期間	_____ 日・ 週 ・ 月 又は _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
職場環境の改善に 関する意見 【高ストレス者のみ】				
医療機関への 受診配慮等				
その他 (連絡事項等)				

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
大田地域産業保健センター	医師氏名	

※ 本報告書及び意見書は、労働安全衛生規則第52条の6の規定（事業者は面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存すること。当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記入したもの）及び同規則第52条の18の規定（事業者は面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存すること。当該記録は労働者の心理的な負担の状況、心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記入したもの）に基づく面接指導の結果の記録に該当するものです。

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			