

# 健康相談・面接指導・産業保健指導等利用申込書

令和 年 月 日

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 人)
	事業内容	
	代表者	職名: 氏名:
	ご担当者職・氏名	職名: 氏名:
	連絡先電話番号	電話: FAX:
	メールアドレス	E-mail:
	本社、親企業等の情報 ※	本社、親企業等の名称 ( ) 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 ( 人) 本社、親企業等の産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有・無 )
	健康診断 実施日	令和 年 月 日 (受診者数 名)
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理に係る相談等 (対象者 名) (脳・心臓疾患リスク者の保健指導) (メンタルヘルス不調者の相談・指導) (ストレスチェック相談・指導) (その他) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 産業保健指導 その他 ( )	
事業場への訪問	希望する 希望しない	
その他連絡事項等		

◆下記事項をご一読いただき、いずれかにチェック☑を入れてください。

1 就業する事業場は50人未満です。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2 当社に総括産業医は居ません。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は、 「事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び 当該取扱いを採用する理由を説明している。」	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

- ※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。  
なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)
- ※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。
- ※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。
- ※ 本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。