

健康診断結果(有所見者)・保健指導等に係る記録票 (別紙) (R6) NO.

事業場名

意見聴取

実施日

R 年 月 日

健康診断結果(有所見者)に係る記録の区分		有害業務：有機溶剤・特化・その他()			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		SA:会社責任で必ず受診のこと。			
1-2.その他		SB:受診は本人の判断で良いが、必要に応じて 環境・作業方法は会社責任で改善すること。			
2.医師の意見聴取による就業区分 (0: 通常勤務 1: 就業制限 2: 要休業)		SC:内容はSBと同じであるが、受診はかかりつけ医にすること。			
有所見判定(A: 会社介入 B: 本人判断 C: かかりつけ医 D: 支障なし)		SD:支障なし。			
労働者氏名:		年齢	歳	男・女	職種:
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)		保健指導等の内容			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		健診所見-次の該当検査項目に○印			
		(血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)			
1-2.その他					
2.意見聴取		就業区分		0	1 2
有所見判定		定期健診		A	B C D
		特殊健診等		SA	SB SC SD
労働者氏名:		年齢	歳	男・女	職種:
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)		保健指導等の内容			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		健診所見-次の該当検査項目に○印			
		(血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)			
1-2.その他					
2.意見聴取		就業区分		0	1 2
有所見判定		定期健診		A	B C D
		特殊健診等		SA	SB SC SD
労働者氏名:		年齢	歳	男・女	職種:
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)		保健指導等の内容			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		健診所見-次の該当検査項目に○印			
		(血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)			
1-2.その他					
2.意見聴取		就業区分		0	1 2
有所見判定		定期健診		A	B C D
		特殊健診等		SA	SB SC SD
労働者氏名:		年齢	歳	男・女	職種:
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)		保健指導等の内容			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		健診所見-次の該当検査項目に○印			
		(血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)			
1-2.その他					
2.意見聴取		就業区分		0	1 2
有所見判定		定期健診		A	B C D
		特殊健診等		SA	SB SC SD
労働者氏名:		年齢	歳	男・女	職種:
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)		保健指導等の内容			
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導		健診所見-次の該当検査項目に○印			
		(血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)			
1-2.その他					
2.意見聴取		就業区分		0	1 2
有所見判定		定期健診		A	B C D
		特殊健診等		SA	SB SC SD
地域産業保健センター		氏名			
登録産業医等					
事業者又は担当者・		氏名			
安全衛生推進者・衛生推進者					

健康診断結果(有所見者)・保健指導等に係る記録票 (別紙) (R6) NO.

事業場名 〇〇工場・〇〇営業所等まで記入して下さい。

意見聴取 実施日 R 年 月 日

意見聴取を申込と同時に記録表(別紙)を提出してください。、
※ 記録票(別紙)は「健康診断個人票」の順番に記入して下さい。
(医師が順次処理できるようご準備下さい。)

ページ数を記入して下さい。

有所見判定(A: 会社介入 B: 本人判断 C: かかりつけ医 D: 支援)					
労働者氏名:	年齢 歳	男・女	職種:		
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)	保健指導等の内容				
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導	1				
1-2.その他	2				
有所見判定	定期健診	A	B	D	
	特殊健診等	SA	SB	SD	

労働者氏名・年齢・性別・職種まで記入してください。
その他の項目については、事業場名・担当者名の記入だけで、
事前に記入する必要はありません。

労働者氏名:	年齢 歳	男・女	職種:		
有害業務(有機溶剤・じん肺・特化・石綿・精密聴力等は 一般検診とは別に記録表(別紙)を作成をして下さい。					
日付は記入しないで下さい。					

2.意見聴取	就業区分	0		1	2
有所見判定	定期健診	A	B	C	D
	特殊健診等	SA	SB	SC	SD
労働者氏名:	年齢 歳	男・女	職種:		
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)	保健指導等の内容				
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導	1				
健診所見-次の該当検査項目に○印 (血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)					
1-2.その他	2				
2.意見聴取	就業区分	0		1	2
有所見判定	定期健診	A	B	C	D
	特殊健診等	SA	SB	SC	SD

担当者の氏名を記入しておいて下さい。

労働者氏名:	年齢 歳	男・女	職種:		
健診所見又は相談内容(本人面接: 有 無)	保健指導等の内容				
1-1.脳・心疾患リスクの保健指導	1				
健診所見-次の該当検査項目に○印 (血中脂質・血圧・尿中の糖・心電図)					
1-2.その他	2				
2.意見聴取	就業区分	0		1	2
有所見判定	定期健診	A	B	C	D
	特殊健診等	SA	SB	SC	SD

地域産業保健センター 登録産業医等	氏名	
事業者又は担当者・ 安全衛生推進者・衛生推進者	氏名	