

健康診断結果(有所見者)・保健指導等に係る記録票 (別紙) (R7) 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

1-1.脳・心疾患リスクの保健指導

1-2.その他

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)

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)

有害業務:有機溶剤・特化・その他()

SA:会社責任で必ず受診のこと。

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。

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。

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)

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

保健指導等の内容

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)

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

保健指導等の内容

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)

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

保健指導等の内容

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)

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

保健指導等の内容

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

健康診断結果(有所見者)・保健指導等に係る記録票 (別紙) (R7) NO.

事業場名 ○○工場・○○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。)

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

保健指導

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。

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

歳

男

・

女

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

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

特殊健診等

SA

SB

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

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

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