

地域産業保健事業

特定健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地			
	労働者数	男： 人 女： 人 派遣・パート等	男： 人 女： 人	合計
	事業内容			
	代表者	職名：		
		氏名：		
担当者	職名：			
	氏名：			
	TEL：	FAX：		
相談内容 (希望するものに) 健康診断結果に基づく医師の意見聴取	健康診断票を用いて個人面談にて医師の意見聴取 対象者 (名)	1 健康診断結果に基づく医師の意見聴取 健康診断票より有所見者が面接指導の対象 (対象者 名)		
	健康診断票のみで医師の意見聴取 (有所見者が対象) 対象者 (名)	2 脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 脳・心臓疾患(別紙参照)の値を読み取る (対象者 名) 3 メンタルヘルス不調の労働者に対する保健指導 面接前に希望者があれば記入 (対象者 名) 4 長時間労働者に対する面接指導 100時間超過勤務労働者に対する面接者 (対象者 名)		
1 特定健康相談 面接指導を受ける場所	事業所訪問 医師指定場所	医療機関内 イベント会場	医師会館内 その他希望する場所	
その他連絡事項等				
健康診断機関名		1・ 一般健診 定期健診 雇入時 特定業務従事者 海外派遣		
一般健診日	年 月 日	2・ 特殊健診 有機溶剤 鉛 電離放射線 特定化学物質 四アルキル鉛 歯科健診		
その他()	年 月 日	3・ 指導勧奨 騒音 VDT 重量物取扱作業		
産業医予定日	年 月 日	事業所希望日 年 月 日		