

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 計 人
	事業内容	
	代表者	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：
	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、親企業の産業医数（産業医 名、内専属産業医 名）
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談（対象者 名） 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 その他（ ）（対象者 名）	
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入下さい。

なお、本事業は企業規模で常時 50 人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、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。

※ 下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。

チェック欄

はい いいえ

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 就業する事業場は 50 人未満です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

様式 4

医師による面接指導申出書

平成 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100時間を超える時間外・休日労働
（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）

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

様式 5

長時間労働者への面接指導

勤務状況情報書

面接指導対象者 氏名			性別	男・女
			年齢	歳
事業場名				
所在地			電話	
所属		役職		
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 (産業医 名、内専属産業医 名)			

区 分	<input type="checkbox"/> : 時間外・休日労働月100時間超の申し出者 <input type="checkbox"/> : 会社又は事業場の基準該当者 <input type="checkbox"/> : 時間外・休日労働月100時間超の者 <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
過去の面接指導	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり (直近の年月 年 月)

前1ヶ月間について	
期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
総労働時間 (実績)	時間 / 月
時間外・休日労働時間	時間 / 月
通勤時間 (片道)	時間 分
業務内容	

本情報書作成者

氏名	
事業場名	
連絡先	

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入下さい。

様式6

面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書

本報告書および意見書は、改正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）に基づく面接指導の結果の記録に該当するものです。

面接指導結果報告書						
対象者	事業場名		電話			
	氏名		所属		部	課
			性別・年齢	男・女	歳	
疲労の蓄積の状況	0：なし	1：軽	2：中	3：重	特記事項	
配慮すべき心身の状況	0：なし	1：あり				
判定区分	診断区分	0：異常なし		1：要観察	2：要医療	事後措置としての指導 勧告の必要性
	就業区分	0：通常勤務		1：就業制限	2：要休業	
	指導区分	0：指導不要		1：要保健指導	2：要医療指導	
		0：不要		1：要		
		<input type="checkbox"/> ：必要事項		<input type="checkbox"/> ：下記意見書に記入		

医師の所属先	実施日時	年 月 日 時 分～ 時 分	㊟
	医師氏名		

事後措置に係る意見書				
就業上の措置	労働時間の短縮	0：特に指示なし		3：就業の禁止（休暇・休養の指示）
		1：時間外労働の制限		4：その他
		時間／月まで		
措置以外の項目 (具体的に記述)	労働時間以外の項目	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	
		1)		
	2)			
	3)			
	措置期間	日・週・月 (次回面接予定日 年 月 日)		
医療機関への受診配慮等				
連絡事項等				

医師の所属先	実施日	年 月 日	㊟
	医師氏名		

事業所長	人事	部長	課長

健康相談記録票

高崎地域産業保健センター

実施日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
実施場所		
相談対応者	担当産業医等氏名	
事業場	事業場名	
	所在地	
	担当者	職氏名 : 電話 : FAX :
	業種	
	従業員数	(男 : 人) (女 : 人) (計 : 人)
	その他	事業場の属する企業の全労働者数 (人) 関連企業 (本社等) の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)
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○) 1 労働者の健康管理 (メンタルヘルスを含む) に係る相談 (対象者 名) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 3 長時間労働者に対する面接指導 4 その他 ()	
	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	