

健康相談・面接指導実施台帳

No.

番号	受付・連絡・実施	相談者	事業場名等	相談内容※	担当医師 ・保健師・ 労働衛生工学 専門員名	備考
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 その他 ()		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 その他 ()		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 その他 ()		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 その他 ()		

※相談内容の区分は次のとおり

1. 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談 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. 高ストレス者に対する面接指導

※相談内容の「5 その他」欄には、その他助言指導等（健康相談に併せての作業環境管理、メンタルヘルス対策、その他労働衛生の助言指導の有無）を記入。