

地域産業保健センター

事業場名 (支店・営業所名等も 記入)		業種	
相談者氏名	☐ 事業者・担当者等 ☐ 本人(労働者) ☐ その他 年齢: 歳 性別: 男・女	職名	
		職務内容	

指導内容(該当する項目全てにチェック)

☐ 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象労働者数	人)
☐ 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象労働者数	人)
☐ 健康相談(その他)	(対象労働者数	人)
☐ 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象労働者数	人)
☐ 長時間労働者に対する面接指導	(対象労働者数	人)
☐ 高ストレス者に対する面接指導	(対象労働者数	人)
☐ その他 ※必要に応じて福岡地3記載のこと	(対象労働者数	人)

☐ 作業環境管理

☐ 作業管理

☐ メンタルヘルス対策

☐ 労働衛生管理体制

☐ 労働衛生教育

☐ その他 ()

※ 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	
就業区分	☐ 通常勤務 ☐ 就業制限（ ） ☐ 要休業
指導区分	☐ 指導不要 ☐ 要保健指導 ☐ 要医療
対応者	登録産業医 登録保健師
相談場所	☐ 医師会館 ☐ 医療機関 ☐ 事業場 ☐ その他（ ）
実施日時	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分
記載者	※相談対応者と同一であれば記載不要