

コーディネーター相談記録票

※太枠は必須項目

_____ 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 方 法	1 電話 2 メール 3 FAX 4 対面
実 施 場 所	
相 談 対 応 者	
ワンストップサービス	1. 該当する (産業保健総合支援センター・地域産業保健センター) 2. 該当しない
事業場	事業場名
	所在地
	担当者 職名： 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	☐ ストレスチェック関係 ☐ 地域窓口の事業についての問い合わせ ☐ 総合支援センターや地域窓口の利用方法等の情報提供 ☐ 健康相談の事後措置について説明 (登録産業医等でなくても回答できる軽微な質問への回答) ☐ その他 (内容：)
回 答	
備 考	

※この記録票は、コーディネーターが対応して完結した簡易な相談の場合に使用すること。