【機密性2】様式地1-1

地域産業保健事業

（R6.5.28改正）

# 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 | １．製造業　２．建設業　３．運送業　４．電気・ガス・水道業　５．情報通信業<br>６．卸・小売業　７．金融・保険業　８．不動産業　９．飲食店・宿泊業<br>１０．医療・福祉　１１．教育・学習支援業　１２．サービス業　１３．その他 |
| | 代表者 | 職名： |
| | | 氏名： |
| | 担当者<br>（注１） | 職名：<br>氏名：<br>電話：　　FAX： |
| | 企業の情報<br>(注2) | １　事業者　２　個人事業主　３　個人事業主等への注文者<br>企業名　（　　）　本社の有無（　有　・　無　）<br>労働者数　（　　人）<br>産業医数　（　　人）<br>うち　総括産業医　（　有　・　無　） |
| 相談内容<br>（希望するものに○） | | 1　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）（対象者　　名）<br>2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）（対象者　　名）<br>3　健康相談（ストレスチェック相談・指導）（対象者　　名）<br>4　健康相談（その他）（対象者　　名）<br>5　健康診断の結果についての医師の意見聴取（対象者　　名）<br>6　長時間労働者に対する面接指導（対象者　　名）<br>7　高ストレス者に対する面接指導（対象者　　名）<br>8　その他（①産業保健指導　②その他　） |
| 地域産業保健センターの　利　用 | | □　新規（直近２年間利用無）　□　それ以外 |
| その他連絡事項等 | | |

注1：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上、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

注2：申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。
なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。（平成31年度から適用）
「総括産業医」とは、企業における名称の以下に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

注3：脳・心臓疾患のリスクが高い検査項目は、血中脂質、血圧、血糖、尿中の糖、心電図検査において異常な所見を有する(有所見者）と判定された労働者が対象になります。

注4：副業・兼業に関する相談をご希望の場合は、別様式の申込書がありますのでご連絡をお願います。

注5：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。

✻下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

| | チェック欄 はい | いいえ |
|---|---|---|
| 1 必要な項目に漏れなく記入しています。 | □ | □ |
| 2 事業場は50人未満です。 | □ | □ |
| 3 当社に総括産業医は居ません。 | □ | □ |
| 4 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。 | □ | □ |
| 5 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。 | □ | □ |
| 6 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取り扱いを採用する理由を説明している。」 | □ | □ |
| 7 （個人事業主、注文者等のみ確認）労災保険に加入している又は特別加入している。 | □ | □ |
| 8 上記に相違ありません。 | □ | □ |