

札幌市地域産業保健センター相談利用申込書

札幌地域産業保健センター 行 (FAX 623-6426 TEL 623 -6226)

※ □は該当するものにチェックを入れて下さい。

希望事項 : 特定健康相談面接 長時間労働者の面接指導
 個別訪問産業保健指導 説明会・相談会

希望場所 : (札幌医師会内センター ・ 外部医療機関 ・ その他施設)

希望相談日 : 平成 年 ____ 月 ____ 日 ____ 曜日 ____ 時

貴事業場名 : _____

事業場所在地 : 〒 札幌市 区

電話番号 : F A X メールアドレス

代表者名 : _____ ご担当者名 : _____

当該事業場 : 従業員数 男 ____ 名、 女 ____ 名、 合計 ____ 名

本社及び親企業等が有る場合は名称 属する全労働者数 人

本社及び親企業等で産業医いる場合は 専属産業医 人 嘱託産業医 人

事業内容 (種類) _____ 業種名

相談項目 (複数可)

相談内容 (希望するものに○)	1	健康診断結果に基づく医師の意見聴取	(対象者	名)
	2	脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導	(対象者	名)
		※血中脂質・血圧・血糖・尿中糖・心電図等の検査で異常がある本人		
	3	メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導	(対象者	名)
	4	長時間労働者に対する面接指導	(対象者	名)
	5	高ストレス労働者に対する面接指導	(対象者	名)

★相談内容を具体的にご記入下さい★

※長時間労働者の面談申込の場合は下記に面談者氏名・年齢・担当業務・過去3ヶ月間の時間外数を記入下さい。

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

なお、本事業は企業規模で常時50人未満の少規模事業場を優先的に対応致します。

※本用紙に記載された個人情報、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"/>