

# 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  高ストレス者の面談

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 : 令和 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 産業医 \_\_\_\_\_ 人 (内、総括産業医 有・無 )  チェックをお願いします。

事業内容( 種類 ) \_\_\_\_\_ 業種名 \_\_\_\_\_

相談項目( 複数可) \_\_\_\_\_ 今後事業場訪問 1希望 2しない

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。  
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。  
総括的に指導する産業医がいる事業所は支援対象外となります。  
※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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 就業する事業場は50人未満です、当社に総括産業医は居ません。
- 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。
- 3 「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、  
「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扱いを採用する理由を説明している」
- 4 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意し、上記に相違ありません。