

健康相談記録票 (個人票)

札幌地域産業保健センター

実施年月日		令和 年 月 日 () センター内 (昼間・夜間・高ストレス) : 他医療機関		
相談者	氏名	(昭和・平成 年 月 日生 才) 男・女		
	役職		職務内容	
事業場	名称		事業場の業種	
			従業員数	人
	所在地	TEL ()		
相談対象 (当日該当所に○と人数)		①本人 (労働者) ②事業者、労務担当者等 (労働者の健康相談 : 相談対象労働者数 人) ③その他 ()		
有害業務の有無		なし・あり (業務内容 ;)		
相談内容	具体的相談内容			
	【該当する相談内容全てに○】 ・健康健診結果に基づく医師の意見聴取に関する事項 ・治療と仕事の両立に関する相談事項 ・脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導に関する事項 ・長時間労働者に対する健康管理に関する事項 ・メンタルヘルス不調・高ストレスの労働者に対する相談・指導に関する事項 (休職、復職後の健康管理に関する事項も含む)			
○産業医による助言・指導内容 a 通常勤務、b 就業制限、c 要休養、d その他 「 該当する項目に○、条件等の詳細は下記に 」				
※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				
健康相談担当医氏名		札幌地域産業保健センター 医師名		
担当者区分 (いずれかに○をして下さい)		☐ 医師 (産業医資格有) ・ ☐ 医師 (産業医資格無) ・ ☐ 保健師 ・ その他 ()		