

仙台地域産業保健センター 健康相談・面接指導 利用申込書

- 健康相談の実施日程は、申込み後に調整いたします。
- 当該年度の申込回数は事業場、労働者（本人）ともに、2回までとなっております。
- 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。

*下記事項をご一読いただき、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"/>

- 1 就業する事業場は50人未満です。
- 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 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。

申 込 日	平成 年 月 日 ()		
申込 (該当する方に○)	1 事業場から	2 労働者 (本人) から	
事業場	事業場名		
	所在地 <small>※仙台市と富谷町のみ対象</small>	〒	
	事業場の労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 人)	
	事業内容		
	事業場の代表者 (本社の代表者ではなく、事業場所長などをご記入下さい)	職名: 氏名:	
	担当者 <small>※労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。</small>	職名:	
		フリガナ	
氏名:		「 」	
本社、親企業等の情報*	本社、親企業等の名称 ()		
	事業場の属する本社、親企業等の全労働数 (人)		
	本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)		
<small>※申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。 なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。</small>			
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理 (メンタルヘルスを含む) に係る相談 (対象者 名)		
	2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名)		
	3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名)		
	<small>※長時間労働に該当する月が連続する場合は、3~5ヶ月の間隔でお申込み下さい。</small>		
	4 高ストレス者への面談指導 (対象者 名)		
5 その他 () (対象者 名)			
事業場訪問	1 希望する	2 希望しない	
その他連絡事項等			

※申込みについては、記載漏れのないようお願いいたします。

※長時間労働に該当する労働者から事業所へ面談指導の希望を申し出する書類です。

仙台地域産業保健センター行【FAX：022-267-5193】

様式地4

医師による面接指導申出書

平成 年 月 日

事業者

殿

所 属:

氏 名:

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分 (いずれかにチェック)

- : 1月あたり100時間を超える時間外・休日労働
(労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項)
- : 上記以外の長時間労働等
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項)
- : 高ストレス者
(労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の15)

2 面接指導を受ける医師 (いずれかにチェック)

- : 地域産業保健センターの医師
- : 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

様式地 5

労働時間等に関するチェックリスト

- 1 氏 名 性別 男 女 年齢 歳
- 2 所属事業場名・部署 役職
- 3 雇用形態 正社員 契約社員・パートタイム等 派遣労働者
- 4 労働時間制等 変形労働時間制または裁量労働制の適用
(該当項目をチェック)

- 長時間労働者向け面接指導の対象者 高ストレス者向け面接指導の対象

★長時間労働者の場合、以下の該当事項もチェック

時間外・休日労働時間が月100時間超の申し出者

時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者

会社または事業場の基準該当者

時間外・休日労働時間が月100時間超の者

時間外・休日労働時間が月80時間超の者

時間外・休日労働時間が月45時間超の者

その他の者 ()

必ずいずれかに
チェックを入れて下さい

- 過去の面接指導 (なし あり ・ 過去の指導年月 年 月)

—————前1か月間について—————

年 月 日 ~ 月 日

①労働時間等	総労働時間 (実績)	<input type="text"/>	時間/月
	時間外・休日労働時間	<input type="text"/>	時間/月
	通勤時間 (片道)	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分	
②労働日数等	総労働日数 (実績)	<input type="text"/>	日/月
	所定休日数	<input type="text"/>	日/月
	有給休暇・欠勤日数	<input type="text"/>	日/月

③業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

作成者

氏 名	<input type="text"/>
事業場名	<input type="text"/>
連絡先	<input type="text"/>

長時間労働による健康障害防止のための 面接指導自己チェック票

(産業保健スタッフ等の協力を得るとよい)

長時間労働による健康障害防止のため、労働者は労働安全衛生法に基づいて、事業者が行う医師による面接指導の受診が義務づけられています。

このチェック票は、医師による面接指導を受ける労働者本人が、あらかじめ自己チェックし、必要事項を記入した上で医師または下記の提出窓口に提出し、医師の判断・指導に役立てるものです。

正しく判断して記入して下さい。

氏名		性別	男・女	年齢	歳
----	--	----	-----	----	---

所属・職場	
-------	--

記入年月日	平成 年 月 日
-------	----------

あなたの面接指導日は、次のとおりです。

平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分～ 時 分

このチェック票の提出窓口	
このチェック票の提出期限	平成 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 面接指導時に持参

この自己チェック票は、面接指導を担当する医師があなたの健康状態を正しく把握する目的でお尋ねするものです。回答された内容は、守秘義務のある医師等が一般の診療録(カルテ)に準じた取扱いを行いますので、医師等から事業者にもそのまま開示されることはありません。医師から事業者へは、就業上必要な措置の内容を中心に記載した面接指導結果報告書が別途交付されることとなります。本自己チェック票に係るご意見やご質問があれば遠慮なく、地域産業保健センターのコーディネーターまでご連絡ください。

1

あなたの仕事の過重性・ストレスについて自分の感じていることをお答え下さい。

(該当項目をチェックしてください。)

	そ う だ	ま あ そ う だ	や や 違 う	違 う
1) 労働時間（残業時間）が長い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 不規則勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 拘束時間の長い勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 出張が多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頻度	日 回 / 月			
出張先	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 海外（時差： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）			
5) 交替制勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 深夜勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 人間関係のストレスが多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 作業環境について				
温度環境が良くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
騒音が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 精神的緊張性の高い業務である				
自分または他人に対し危険度の高い業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過大ノルマのある業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
達成期限が短く限られている業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トラブル・紛争処理業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲の支援のない業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
困難な新規・立て直し業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

あなたの疲労蓄積度をチェックして下さい。

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

(1) 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. イライラする	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
4. ゆううつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
8. することに間違が多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
9. 仕事で、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
10. やる気が出ない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
11. へとへとだ (運動後を除く)	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)

〈自覚症状の評価〉 各々の答えの () 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

I	0~4点	II	5~10点	III	11~20点	IV	21点以上
---	------	----	-------	-----	--------	----	-------

(2) 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. 1か月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当 (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	—
3. 出張に伴う負担 (頻度・拘束時間・時差など)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担 (★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である (0)	<input type="checkbox"/> 不適切である (1)	—
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
7. 仕事についての身体的負担 (★2)	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)

★1: 深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後10時～午前5時) の一部または全部を含む勤務を言います。

★2: 肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

〈勤務の状況の評価〉 各々の答えの () 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

A	0点	B	1~2点	C	3~5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

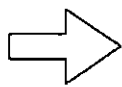
③ 総合判断

次の表を用い、(1) 自覚症状の評価、(2) 勤務の状況の評価結果から、あなたの仕事による負担度の点数 (0~7) を求めてください。

仕事による負担度点数表

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

※糖尿病や高血圧症等の疾病がある方の場合には判定が正しく行われぬ可能性があります。



あなたの仕事による負担度の点数は

点 (0~7)

判定	点数	仕事による負担度
	0~1	<input type="checkbox"/> 低いと考えられる
	2~3	<input type="checkbox"/> やや高いと考えられる
	4~5	<input type="checkbox"/> 高いと考えられる
	6~7	<input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる

3

最近のあなたの様子についておうかがいします。次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

4

問診内容

当てはまる項目にチェック又は記入してください。

- 現病歴（基礎疾患） 特になし
- 高血圧、 糖尿病、 脂質異常症（高脂血症）、 肥満、 痛風ないし高尿酸血症、
 脳血管疾患、 虚血性心疾患、 不整脈（ ）、 肝疾患（ ）、
 腎疾患（ ）、 がん（ ）、 その他（ ）

罹患経過：発症 年頃 その後の受療（ あり、 なし）

■定期健康診断、人間ドックなどの所見（受診日： 年 月 日）

--

- 主訴、自覚症状 特になし
- 頭痛・頭重、 めまい、 しびれ、 歩行障害、 動悸、 息切れ、 胸痛、
 むくみ、 抑うつ気分、 興味・意欲の低下、 不安感、 思考力の低下、 もの忘れ、
 食欲低下、 不眠（入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など）、 疲労感
 疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

症 状	
原 因	

■生活習慣

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん（換算） 本/日（ 日/週）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日 × 年
運動	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 （複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均（休日を含む） 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

※産業医記入欄（検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立つ）

検査所見	血圧	/	mmHg	
	脈拍	/分		不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	体重	kg		
	身長	cm	BMI：	腹囲： cm
	その他			
理学的所見(※)				
神経学的所見(※)				
その他				