【機密性２】 様式地1－1　　仙台地域産業保健センター行【ＦＡＸ：０２２－２６７－５１９３】

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。

申込日		令和　　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 ※仙台市と富谷市のみ対象	〒
	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 ※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。	職名： フリガナ 氏名：　　「　　」 電話：　　FAX：
	属性	1　事業者　　2　個人事業者等（労災保険特別加入者本人） 3　個人事業者等への注文者等
	企業の情報※ （注：企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要です。）	企業名（　　）本社の有無（有・無） 労働者数（　　人） 産業医数（　　人） うち　総括産業医（有・無）

※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。
※「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、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。
※「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「２個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は、「３個人事業者等への注文者等」を選択してください。
※副業・兼業に関する相談は様式地1-2を使用してください。

相談内容（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）
	2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）	（対象者　　名）
	3　健康相談（ストレスチェック相談・指導）	（対象者　　名）
	4　健康相談（その他）	（対象者　　名）
	5　健康診断の結果についての医師からの意見聴取	（対象者　　名）
	6　長時間労働者に対する医師による面接指導	（対象者　　名）
	※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。	
	7　高ストレス者に対する医師による面接指導	（対象者　　名）
	8　その他（　　）	（対象者　　名）
事業場訪問	1　希望する　　2　希望しない	
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		

＊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　全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「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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扱いを採用する理由を説明している。」	□	□
7　労災保険に加入しています。	□	□
8　上記に相違ありません。	□	□

【機密性２】

様式地４

労働時間等に関するチェックリスト

（R8.4.１改正）

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者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

（高度プロフェッショナル制度適用者以外）

□ 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者（医師のみ※）

□ 時間外・休日労働時間が月80時間超の者（申し出者でない者）

□ 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者（以下「研究開発業務従事者」という。）であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者（医師のみ※）

□ 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者（医師のみ※）

□ 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者（申し出者でない者）

□ 時間外・休日労働時間が月45時間超の者

□ その他の者：

（高度プロフェッショナル制度適用者：（いずれも医師のみ※））

□ １週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が１月当たり100時間超の者

□ １週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が１月当たり100時間以下の申し出者

※「医師のみ」と記載したところは医師以外の者が対応することができないことをいう。

□ 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）		時間／月
	時間外・休日労働時間		時間／月
	通勤時間（片道）	時間	分
②労働日数等	総労働日数（実績）		日／月
	所定休日数		日／月
	有給休暇・欠勤日数		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	
事業場名	
連 絡 先	

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	令和　　年　　月　　日

あなたの面接指導日は、次のとおりです。

令和　　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：	令和　　年　　月　　日　　または　□　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うので、医師等から事業者に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提出されることになります。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	□	□	□	□
2）不規則勤務である	□	□	□	□
3）拘束時間の長い勤務である	□	□	□	□
4）出張が多い業務である	□	□	□	□
頻度	日　　回 ／ 月			
出張先	□ 国内　□ 海外（時差：□ あり　□ なし）			
5）交替制勤務が多い	□	□	□	□
6）深夜勤務が多い	□	□	□	□
7）人間関係のストレスが多い業務である	□	□	□	□
8）作業環境について				
温度環境が良くない	□	□	□	□
騒音が大きい	□	□	□	□
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	□	□	□	□
過大ノルマのある業務	□	□	□	□
達成期限が短く限られている業務	□	□	□	□
トラブル・紛争処理業務	□	□	□	□
周囲の支援のない業務	□	□	□	□
困難な新規・立て直し業務	□	□	□	□

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	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
2. 不安だ	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
3. 落ち着かない	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
4. ゆううつだ	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
5. よく眠れない	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
6. 体の調子が悪い	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
7. 物事に集中できない	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
8. することに間違いが多い	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
9. 仕事中、強い眠気に襲われる	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
10. やる気が出ない	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
11. へとへとだ（運動後を除く）	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
12. 朝､起きた時､ぐったりした疲れを感じる	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	□ ほとんどない (0)	□ 時々ある (1)	□ 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	□ ない又は適当 (0)	□ 多い (1)	□ 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務（予定の変更、突然の仕事）	□ 少ない (0)	□ 多い (1)	―
3. 出張に伴う負担 （頻度・拘束時間・時差など）	□ ない又は小さい (0)	□ 大きい (1)	―
4. 深夜勤務に伴う負担（★1）	□ ない又は小さい (0)	□ 大きい (1)	□ 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	□ 適切である (0)	□ 不適切である (1)	―
6. 仕事についての精神的負担	□ 小さい (0)	□ 大きい (1)	□ 非常に大きい (3)
7. 仕事についての身体的負担（★2）	□ 小さい (0)	□ 大きい (1)	□ 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ください。　**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は判定が正しく行われない可能性があります。

⇨ 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	□ 低いと考えられる
	2～3	□ やや高いと考えられる
	4～5	□ 高いと考えられる
	6～7	□ 非常に高いと考えられる

3 最近のあなたのご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	□ はい	□ 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	□ はい	□ 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	□ はい	□ いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	□ はい	□ いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	□ はい	□ 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。

■既往歴、現病歴（基礎疾患） □ 特になし

□ 高血圧、 □ 糖尿病、 □ 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 昭・平 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	□ 飲まない □ 飲む □ 機会飲酒 □ ビール大びん（換算） 本／日（ 日／週）
タバコ	□ 吸わない □ 吸う 本／日× 年
運動	□ 特にしない □ つとめて歩く程度 □ 積極的にする
食習慣 （複数チェック可）	□ 肉が好き □ 魚が好き □ 野菜が好き □ 特にない □ 塩辛いものが好き □ 甘いものが好き □ 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・保健指導に役立てる）

検査所見	血圧	／ mmHg
	脈拍	／分 不整脈：□ なし □ 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		