【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	

【機密性２】

様式地５　　（R8.4.1 改正）

ストレスチェック実施状況報告書

当社で採用したストレスチェック調査票及び高ストレス者の選定方法は以下のとおりです。

１　ストレスチェック調査票（該当するものにチェック）

□：①　職業性ストレス簡易調査票（５７項目）

□：②　職業性ストレス簡易調査票（簡略版）（２３項目）

□：③　その他

（その他にチェックされた場合には、下記事項のうち該当するものにチェックをしてください。
□：Ⅰ　職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目を含んでいる
□：Ⅱ　当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目を含んでいる
□：Ⅲ　職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目を含んでいる）

（注）ストレスチェック調査票の③その他に記載の場合は、Ⅰ～Ⅲ全てにチェックが入っていることを確認してください。

２　高ストレス者の選定方法（該当するものにチェック）

高ストレス者の選定方法について、該当するものにチェックをしてください。

□：①　調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者

□：②　調査票のうち「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

（注）高ストレス者の選定にあたっては、厚生労働書作成「ストレスチェック制度関係 Q&A」のQ４－３にあるとおり、①と②両方の要件で選定することとなっていますので、事業場における選定にあたっては、この基準に沿って選定していることを確認してください。

作成者

氏　　名	
事業場名	
連 絡 先	