

健康相談記録表

※①②③の欄について記入してください

静岡市 地域産業保健センター

実施日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
実施場所	1. 静岡医師会                      2. 流通センター                      3. その他		
相談対応者	担当産業医等氏名		
ワンストップサービス	1. 該当する (静岡産業保健総合支援センター ・ 地域産業保健センター) 2. 該当しない		
小規模事業場向け産業医活動支援モデル事業	1. 該当する                      2. 該当しない		
① 事業場	事業場名		
	所在地	〒 静岡市 葵区・駿河区	
	担当者	職名： 電話：	氏名： FAX：
	業種		
	従業員数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)	
	その他	企業名 ( ) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )	
② 相談者	1 事業者・担当者等                      2 本人(労働者)                      3 個人事業者等 4 個人事業者等への注文者                      5 その他		
	職名・職務内容： 氏名： (本人の場合：年齢 歳                      性別： 男 ・ 女 )		
地域産業保健センターの利用	1 新規(直近2年間利用無)                      2 それ以外		
③ 相談内容	(該当事項に○)	対象人数	うち、副業・兼業人数
	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導)	( 名)	( 名)
	2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導)	( 名)	( 名)
	3 健康相談(ストレスチェック相談・指導)	( 名)	( 名)
	4 健康相談(その他)	( 名)	( 名)
	5 健康診断の結果についての医師からの意見聴取	( 名)	( 名)
	6 長時間労働者に対する医師による面接指導	( 名)	( 名)
	7 高ストレス者に対する医師による面接指導	( 名)	( 名)
	8 その他( )	( 名)	( 名)
相談・指導内容			
*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	事業場訪問	有 ・ 無	保健師
	電話による相談対応	有 ・ 無	
	メールによる相談対応	有 ・ 無	

※ 任意様式の添付書類も含めてページ番号と総ページ数を右上に記載すること。

記載例 (4枚目/5)

健康相談記録表

※①②③の欄について記入してください

静岡市 地域産業保健センター

実施日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
実施場所	1. 静岡医師会                      2. 流通センター                      3. その他		
相談対応者	担当産業医等氏名		
ワンストップサービス	1. 該当する (静岡産業保健総合支援センター ・ 地域産業保健センター) 2. 該当しない		
小規模事業場向け産業医活動支援モデル事業	1. 該当する                      2. 該当しない		
① 事業場	事業場名		
	所在地	〒 静岡市 葵区・駿河区	
	担当者	職名： 電話：	氏名： FAX：
	業種		
	従業員数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)	
	その他	企業名 ( ) 労働者数 ( 人 ) 産業医数 ( 人 ) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )	
② 相談者	1 事業者・担当者等                      2 本人(労働者)                      3 個人事業者等 4 個人事業者等への注文者                      5 その他		
	職名・職務内容： 氏名： (本人の場合：年齢 歳                      性別：男・女)		
地域産業保健センターの利用	1 新規(直近2年間利用無)                      2 それ以外		
③ 相談内容	(該当事項に○)	対象人数	うち、副業・兼業人数
	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導)	( 名)	( 名)
	2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導)	( 名)	( 名)
	3 健康相談(ストレスチェック相談・指導)	( 名)	( 名)
	4 健康相談(その他)	( 名)	( 名)
	⑤ 健康診断の結果についての医師からの意見聴取	( 名)	( 名)
	6 長時間労働者に対する医師による面接指導	( 名)	( 名)
	7 高ストレス者に対する医師による面接指導	( 名)	( 名)
	8 その他( )	( 名)	( 名)
相談・指導内容			
*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	事業場訪問                      有 ・ 無                      保健師 電話による相談対応                      有 ・ 無 メールによる相談対応                      有 ・ 無		

※ 任意様式の添付書類も含めてページ番号と総ページ数を右上に記載すること。

記載例 (4枚目/5)