【機密性２】　　（R8.4.１改正）

様式地７

# 健康相談記録票

（　　枚目／　　枚）

静岡市地域産業保健センター

**※①事業場、②相談者、③センター利用状況、④相談内容について記入してください。**

| | | |
|---|---|---|
| 実施日時 | | 令和　　年　　月　　日（　）　時　　分 ～　　時　　分 |
| 実施場所 | | 1. 医療機関　2. 事業場　3. 地産保　4. 医師会館<br>5. 流通センター　6. その他（　　）<br>※地産保が医師会館に所在する場合、地産保の事務所使用料に含まれる場所は「3 地産保」、それ以外は「4 医師会館」 |
| ワンストップサービス | | 1. 該当する　（　産業保健総合支援センター　・　地域産業保健センター）<br>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 | |
| | 業種 | |
| | 労働者数 | 人 |
| | 事業場の属する企業の全労働者数 | 人 |
| 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<br>4　個人事業者等への注文者　5　その他 |
| ③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 |

| ④相談内容<br>※相談対応者ごとの活動内容を下欄で選択 | （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） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 相談対応者（Ａ） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に○） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 相談対応者（Ｂ） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に○） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 相談対応者（Ｃ） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に○） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 備考 | 事業場訪問　有・無<br>電話による相談対応　有・無<br>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）

【機密性２】
様式地７

見本

# 健康相談記録票

（R8.4.１改正）
（　　枚目／　　枚）
静岡市地域産業保健センター

**※①事業場、②相談者、③センター利用状況、④相談内容について記入してください。**

| | | |
|---|---|---|
| 実施日時 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分 ～　　時　　分 |
| 実施場所 | | 1. 医療機関　2. 事業場　3. 地産保　4. 医師会館<br>5. 流通センター　6. その他（　　）<br>※地産保が医師会館に所在する場合、地産保の事務所使用料に含まれる場所は「3 地産保」、それ以外は「4 医師会館」 |
| ワンストップサービス | | 1. 該当する　（　　産業保健総合支援センター　・　地域産業保健センター）<br>2. 該当 |
| 小規模事業場向け産業医活動支援モデル事業 | | 1. 該 |
| ①事業場 | 事業場名 | |
| | 業種 | |
| | 労働者数 | |
| | 事業場の属する企業の全労働者数 | 人 |
| 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<br>4　個人事業者等への注文者　5　その他 |
| ③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 |

**①事業場**
**事業場名、業種、労働者数等をご記入ください。**
**②相談者**
**該当箇所に〇をお付けください。**
**③静岡市地域産業保健センターの利用**
**該当箇所に〇をお付けください。**
**④相談内容**
**該当事項の番号に〇をつけ、対象人数等をご記入ください。**

| ④相談内容<br>※相談対応者ごとの活動内容を下欄で選択 | （該当事項に〇） | 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） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 相談対応者（A） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に〇） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 相談対応者（B） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に〇） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 相談対応者（C） | 登録産業医・登録保健師・産業保健専門職・その他 | 氏名 | |
| 活動内容 | （該当事項に〇） | 1・2・3・4・5・6・7・8 | |
| 備考 | 事業場訪問　有・無<br>電話による相談対応　有・無<br>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。