

実施日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分								
実施場所									
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 (石川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								
事業場	事業場名								
	事業主職氏名								
	所在地								
	事業内容							労働者数	人
	担当者	職氏名:				TEL:			
						FAX:			
	(安全)衛生推進者名								
	労災発生状況 (休業4日以上)	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件					
	業務上疾病件数	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件					
	私傷病休業者数	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件					
その他	事業場の属する企業の全労働者数								人
相談者	1 事業者・担当者等 2 本人 (労働者) 3 個人事業主 4 個人事業主等への注文者 5 その他								
(担当者と同じ場合は記入不要)	氏名:				職名・職務内容:				
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				
相談内容 (該当事項に○)	1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	対象人数 () 名						うち、副業・兼業人数 () 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の意見聴取	() 名						() 名	
	6 長時間労働者に対する面接指導	() 名						() 名	
	7 高ストレス者に対する面接指導	() 名						() 名	
	8 その他 ()	() 名						() 名	
		健康診断実施状況		管理体制		設備等		作業環境	
	実施日	受診者数	有所見者数	作業主任者	特別教育	局排設備	保護具	環境測定	管理区分
一般									
有機溶剤									
鉛									
特化									
石綿									
粉じん									
高気圧									
電離									
騒音									
VDT									
その他									
休憩室	有 ・ 無					救急用具		有 ・ 無	
①事業場からの申し込みに当たって相談があった主な内容 (1つ) ☐ 作業環境管理 ☐ 健康管理 (メンタルヘルス対策及び過重労働対策を除く) ☐ 作業管理 ☐ メンタルヘルス対策 ☐ 過重労働対策 ☐ その他 () ②職場巡視の実施 有 ・ 無 ③労働者に対する健康講話の実施 有 ・ 無 テーマ: 参加人数: 人 *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) 指導・助言内容・連絡事項									
訪問者	訪問事業所確認								