

応援します!!職場の健康づくり

# 新津地域産業保健センター

〒959-1863  
五泉市東本町二丁目6番1号  
(五泉市東蒲原郡医師会内)

開設日時: 月・水・金曜日 8時30分～12時

TEL・FAX: 0250-41-0613

E-mail: sanpo-niitsu@orion.ocn.ne.jp

## 健康相談

健康診断の結果、異常の所見があった労働者について、3か月以内に産業医の  
**意見聴取**を実施しましょう。

(労働安全衛生法 第66条の4)



料金は**無料**

**秘密は厳守**します。

長時間労働の面接指導は本人の申出から、高ストレスの面接指導は結果判明からいずれも1か月以内を実施しましょう。

## 従業員50人未満の事業場の経営者及び働く皆さまへ ～提供する産業保健サービスの主な内容～

### ①医師による健康相談

- ・健康診断の結果の見方についてお答えします。
- ・労働者の健康管理についてお答えします。
- ・脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に日常生活面での指導や健康管理に関する情報提供を行います。
- ・メンタルヘルス不調を感じている労働者に相談・指導を行います。



### ②医師からの意見聴取

- ・健康診断で異常所見がある労働者の健康を保持するために必要な措置について事業主が医師から意見を聴くことができます。

### ③面接指導

- ・時間外・休日労働が長時間に及ぶ労働者やストレスチェックの結果、高ストレスであるとされた労働者に対し、医師が面接指導を行います。

### ④個別訪問による産業保健指導

- ・医師、保健師又は労働衛生工学専門員が職場を訪問して、健康診断の結果、作業環境管理、メンタルヘルス対策等の健康管理の助言・指導を行います。

相談の利用は「電話」もしくは裏面の「利用申込書」でご連絡をお願いします。

お急ぎの場合は、電話025-227-4411 新潟産業保健総合支援センターまで

新津地域産業保健センター利用申込書

電話・FAX  
0250-41-0613

事業場	事業場名		
	所在地	〒	
	労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 人)	
	事業内容	(業種: )	
	代表者	職名: 氏名:	
	担当者	職名: 氏名: 電話: FAX:	
	企業の情報※	1 事業者 2 個人事業主 3 個人事業主等への注文者 企業名 ( ) 本社の有無 (有・無) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 統括産業医の有無 ( 有 ・ 無 )	
直近の健康診断実施日	年 月 日		
利用希望内容 (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の意見聴取	対象者	名
	6 長時間労働者に対する面接指導	対象者	名
	7 高ストレス者に対する面接指導	対象者	名
	8 その他 ( )	対象者	名
産業保健指導	1 希望する 2 希望しない		
事業場訪問	産業医が意見聴取の結果、保健指導が必要と判断した労働者がいる場合、医師または保健師が事業場を訪問することがあります。(地域産業保健センターより連絡がいきます。)		
地域産業保健センターの利用率	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無)	<input type="checkbox"/> それ以外	
その他連絡事項等	※ご利用にあたっての希望事項をご記入ください。 例1:○月△日頃に健康相談を希望します。例2:産業保健指導に併せて健康講話もお願いします。		
*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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 事業場は50人未満です。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 当社に総括産業医は居ません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導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。」		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 上記に相違ありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。なお、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。  
 ※労働者本人からの申込みの場合、担当者欄にご本人の氏名を記入の上、氏名の後ろに「本人」と注記してください。  
 ※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。