

労働者数 50 人未満の 事業場の事業者と労働者のみなさまへ

受けていますか？

医師の意見聴取 健康相談・保健指導

十日町地域産業保健センターでは、健康相談、保健指導を行っております。

相談内容や指導内容などについて知り得た情報は、個人情報保護法に基づき、個人・企業の秘密は厳守いたします。

～ご利用いただける産業保健サービス～

- 健康診断の結果について医師からの意見聴取
- 長時間労働者・高ストレス労働者に対する
面接指導
- 労働者の健康管理に係る相談
(メンタルヘルスを含む)
- 個別訪問による産業保健指導

登録産業医、登録保健師が事業場を訪問し、健康管理の助言指導を行います。希望により指導時に併せて「健康講話」も行います。また、作業場の作業環境管理、作業管理についても専門の労働衛生工学専門員が指導助言を行います。事業場が抱える健康・環境等の問題解決に向け、適切なアドバイスを行います。

サービスは**無料**で受けることができます。
(労災保険を原資としています。)

医師の意見聴取

健康診断で「異常の所見があった労働者」の健康を保持するために必要な措置について、医師から意見を聴くことが必要です。

(労働安全衛生法第66条の4)

お問い合わせは
十日町地域産業保健センターへ

◎ご利用方法



- 裏面「申込書」に必要事項を記入し FAX 等でお申込みください。
- 受付後、コーディネーターが日程等の調整をさせていただきます。
- 相談対応は 1 事業場あたり年 2 回までとなりますが、監督署依頼に関してはこの限りではありません。

開設時間：月～金曜 13:00～16:00

職場のいきいき健康を応援します！

十日町地域産業保健センター

〒948-0082 十日町市本町 2-226-1

電話 025-752-5980
FAX 025-750-1422



十日町地域産業保健センター 無料健康相談等申込書

従業員の健康は貴方の事業場経営に直結します。是非お気軽にご相談ください。

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)																																	
利用希望内容	労働者数 (人)																																		
	産業医数 (人) うち 統括産業医の有無 (有 ・ 無)																																		
	(希望するものに○)	対象人数																																	
	1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)		名																																
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)		名																																
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)		名																																
	4 健康相談 (その他)		名																																
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取		名																																
	6 長時間労働者に対する面接指導		名																																
7 高ストレス者に対する面接指導		名																																	
8 その他 ()		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	<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																																			
<p>※下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">チェック欄</th> <th style="text-align: center;">はい</th> <th style="text-align: center;">いいえ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 全項目に漏れなく記入しています。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 事業場は50人未満です。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 当社に総括産業医は居ません。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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。」</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7 上記に相違ありません。</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					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"/>	<input type="checkbox"/>	2 事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	7 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>																																
2 事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																
7 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<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。

独立行政法人 労働者健康安全機構 新潟産業保健総合支援センター

十日町地域産業保健センター

十日町市中魚沼郡医師会事務所内(十日町市本町2丁目226番地-1 市民交流センター「分じろう」4階)

電話025-752-5980 FAX025-750-1422 E-mail:koueki-sanpo@ceres.ocn.ne.jp