

応援します!! 職場の健康づくり

従業員の健康診断後、 医師による意見聴取はお済ですか？

労働安全衛生法により事業者の義務となっています。
まだ、実施されていない場合は、早めにお申し込みを。

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

開設: 月・水・金曜日 8時30分～12時

TEL・FAX 0250-41-0613

お急ぎの場合: 新潟産業保健総合支援センター
TEL 025-227-4411

健康相談

お気軽にご相談ください
料金は無料
秘密は厳守します。



健康診断の結果、異常の所見があった労働者について、3か月以内に産業医による「**意見聴取**」を実施しましょう。
(労働安全衛生法 第66条の4)

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か月以内に実施しましょう。

従業員50人未満の事業者・従業員の皆さまへ

ご利用できる産業保健サービス



①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者が医師から意見を聴くことができます(無料)

②医師による面接指導

時間外・休日労働が長時間に及ぶ労働者、または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(無料)

③医師または保健師による健康相談

健康診断の結果、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の提供を行います。
メンタル不調を自覚する労働者や事業者に対し相談・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、作業環境管理、作業管理、メンタルヘルス対策等の健康管理の状況を踏まえ助言・指導を行います。
希望により指導時に併せて「健康講話」を行います。

相談の利用は「電話」または裏面の「利用申込書」でご連絡をお願いします。

新津地域産業保健センター利用申込書

電話：0250-41-0613

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： 注：ご本人からの申込みの場合は、氏名の後ろに「本人」と記載してください。 電話： FAX：																																					
	属性	☐ 事業者 ☐ 個人事業者等（労災保険特別加入者本人） ☐ 個人事業者等への注文者等																																					
	企業の情報 (注：企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要です。)	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 ☐ 有・ ☐ 無																																					
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からの意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者に対する医師による面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に対する医師による面接指導 (対象者 名) 8 その他 () (対象者 名)																																						
事業場訪問	☐ 希望する ☐ 希望しない																																						
地域産業保健センターの利用	☐ 新規（直近2年間利用無） ☐ それ以外																																						
その他連絡事項等																																							
* 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。 <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>チェック欄</th> <th>はい</th> <th>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></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>2 事業場は50人未満です。</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>3 当社に総括産業医は居ません。</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</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></td> <td>☐</td> <td>☐</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></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>7 労災保険に加入しています。</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>8 上記に相違ありません。</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</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。		☐	☐	2 事業場は50人未満です。		☐	☐	3 当社に総括産業医は居ません。		☐	☐	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。		☐	☐	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。		☐	☐	6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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。」		☐	☐	7 労災保険に加入しています。		☐	☐	8 上記に相違ありません。		☐	☐
	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。		☐	☐																																				
2 事業場は50人未満です。		☐	☐																																				
3 当社に総括産業医は居ません。		☐	☐																																				
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。		☐	☐																																				
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。		☐	☐																																				
6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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。」		☐	☐																																				
7 労災保険に加入しています。		☐	☐																																				
8 上記に相違ありません。		☐	☐																																				

※ 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。

※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「2 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「3 個人事業者等への注文者等」を選択してください。

※ 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。