



9月

「職場の健康診断実施強化月間」です

健康診断を実施した後に、必要な措置を講じていますか？

職場の定期健康診断を実施した結果、異常の所見があると診断された労働者については、医師等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



Q 医師の意見聴取とは？

A 健康診断の結果から、『**通常勤務可**』『**就業制限**』『**要休業**』といった就業上の措置に関する意見を聴くことです。
健康診断実施後3ヶ月以内に実施しましょう。



Q 意見聴取はどこにお願いすれば良いですか？

A 産業医の資格を持つ医師に依頼することが一般的です。

契約している産業医がない50人未満の事業場においては、**藤岡多野地域産業保健センター**で意見聴取等のサービスを**無料**で受けることができます。

お申し込みは、裏面の申請書に必要事項を記入しFAXでお申し込みください。

申込先：藤岡多野地域産業保健センター

住所：藤岡市藤岡1860-1（藤岡多野医師会内）

FAX：0274-24-4187 電話 0274-22-0251

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)
	事業内容	
	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	1 事業者 2 個人事業者等（労災保険特別加入者本人） 3 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 総括産業医 (有 ・ 無)
相談内容 (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	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		

※ 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、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。

※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2 (例) を使用してください。

* 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 「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。」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 労災保険に加入しています。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 上記に相違ありません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |