

小規模事業場の事業者・労働者の皆様へ

町田地域産業保健センターでは、町田市内の労働者数50人未満の小規模事業場の事業者や小規模事業場で働く人を対象として、労働安全衛生法で定められた保健指導などの産業保健サービスを無料で提供しています。

サービス内容（下記の項目のご相談が可能です。）

- A) 脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導
- B) メンタルヘルス不調に関する相談・指導
- C) 長時間労働による疲労や健康不安に関する面接指導
- D) 健康診断結果に基づく医師からの意見聴取

ご利用の流れ

① 事前申し込み

電話にてお申し込みください。必要書類をお送りします。

町田地域産業保健センター(TEL 042-722-9877)

② 予約

別添の登録産業医リストを参考に医療機関へ直接相談日の予約をお願いいたします。

ご予約の際、「産業保健サービスの無料相談を受けたい」とお伝えください。

※医師都合で相談を受けられない場合もございます。

③ 相談

ご予約された医療機関で行います。

相談時に下記書類をお持ちください。

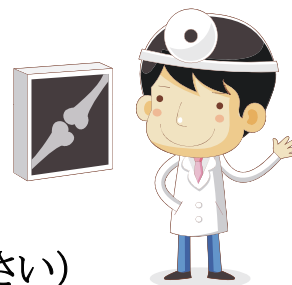
・勤務状況報告書

(こちらよりFAXいたします。ご記入の上お持ちください)

・成人健康診断結果等

・長時間労働に関する面接指導をご希望の方は過去6カ月間の

勤務日数・労働時間がわかる書類(事業所発行)をお持ちください。



町田地域産業保健センター

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: 電話: FAX:
	企業の情報*	企業名 () 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 労働者の健康管理 (メンタルヘルスを含む) に係る相談 (対象者 名) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他 () (対象者 名)	
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等		

※ 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。(平成31年度から適用)

※ 「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は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、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、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。

- ※ 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 上記に相違ありません。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

下記をご記入のうえ、相談される産業医へお渡しください
当センターでは相談業務は15分～30分以内とさせていただきます。

勤務状況情報書

面接指導対象者 氏名		性別	男・女
		年齢	歳
事業場名			
所在地		電話	
所属		役職	

区分	<input type="checkbox"/> ：時間外・休日労働月100時間超の申し出者 <input type="checkbox"/> ：会社又は事業場の基準該当者 <input type="checkbox"/> ：時間外・休日労働月100時間超の者 <input type="checkbox"/> ：時間外・休日労働月80時間超の者 <input type="checkbox"/> ：時間外・休日労働月45時間超の者 <input type="checkbox"/> ：その他の者
過去の面接指導	<input type="checkbox"/> ：なし <input type="checkbox"/> ：あり（直近の年月 年 月）
相談内容	健康診断結果の相談に関しては、健康診断の結果等をお持ちください。

前1ヶ月間について	
期間	平成 年 月 日 ～ 年 月 日
総労働時間（実績）	時間／月
時間外・休日労働時間	時間／月
通勤時間（片道）	時間 分
業務内容	