

健康相談記録票（サテライト用）

（名古屋北・東・南西地域産業保健センター）

実施日時		令和 年 月 日（ ）曜日 午前・午後 時 分～ 時 分		
実施場所 （診療所・病院）				
相談対応者		担当産業医等氏名		
事業場	事業場名			
	所在地			
	担当者	職氏名： 電話： — — F A X： — —		
	業種			
	従業員数	（男： 人） （女： 人） （計： 人）		
	本社 親企業等 の情報＊	事業場の属する企業の全労働者数 （ 人） 関連企業（本社等）の産業医数 （産業医 名、 内専属産業医 名）		
相談者		1 事業者・担当者等 2 本人（労働者） 3 その他		
		職名・職務内容： 氏名： （本人の場合：年齢 歳 性別： 男 ・ 女 ）		
相談内容		（該当事項に○） 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からの意見聴取 （対象者 名） 3． 長時間労働者に対する面接指導 （対象者 名） 4． その他 （ ） （対象者 名）		
		相談・指導内容		
		（メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導の場合） 受診勧奨 有 ・ 無		
備考		事業場訪問 有 ・ 無		