

健康相談・面接指導実施台帳

番号	受付・連絡・実施	相談者	事業場名等	相談内容※1	副業・兼業 ※2	担当医師・保健師・労働衛生工学 専門員名	備考
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 ・ 6 7 ・ 8 その他 []	☐		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 ・ 6 7 ・ 8 その他 []	☐		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 ・ 6 7 ・ 8 その他 []	☐		
	受付： 年 月 日 連絡： 年 月 日 実施： 年 月 日	氏名： 1 事業者 2 本人 3 その他	名称： 所在地： 連絡担当者： 電話： FAX：	1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 ・ 6 7 ・ 8 その他 []	☐		

※1 相談内容の区分は次のとおり
1 健康相談（脳・心臓疾患） 2 スクワーズ保健指導 3 健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導） 4 健康相談（ストレスチェック相談・指導）に対する面接指導
5 健康診断の結果についての医師の意見聴取 6 長時間労働者に対する面接指導 7 高ストレス者に対する面接指導
8 相談内容の「8 その他」欄には、その他助言指導等（健康相談に併せての作業環境管理、その他労働衛生の助言指導の有無）を記入。
※2 副業・兼業労働者からの相談があった場合は□にチェックをすること。