

産業保健活動記録票

地域産業保健センター

事業場名			労働者数	男 女 合計	人 人 人
事業主職氏名			安全衛生推進者/ 衛生推進者氏名		
所在地					
事業内容					
ワンストップサービス	1. 該当する (〇〇産業保健総合支援センター・地域産業保健センター) 2. 該当しない				
労働災害発生状況 (休業4日以上)	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件		
業務上疾病件数	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件		
私傷病休業者数	令和 年 件、	令和 年 件、	令和 年 件		
	健康診断実施状況		管理体制		設備等
	実施日	受診者数	有所見者数	作業主任者	特別教育
一般					
有機					
鉛					
特化					
石綿					
粉じん					
高気圧					
電離					
除染電離					
騒音					
情報機器					
その他					
休憩室	有	無	救急用具		有
指導・助言内容	訪問日 年 月 日				
*労働者に対する健康講話の実施 有 ・ 無					
テーマ： 参加人数： 人					
連絡事項					
訪問者氏名	医師 _____		保健師 _____		
	労働衛生工学専門員 _____				

訪問事業場確認

(注)「訪問事業場確認欄」に事業場のサイン(又は押印)をもらうこと。

未記載時は、コーディネーターが事業場へ確認し、確認者のサイン(又は押印)すること。