

## 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:<br>氏名:                                              |        |        |
|                    | 担当者                                                                                                                                               | 職名:<br>氏名:<br>電話: FAX:                                  |        |        |
|                    | 企業の情報※                                                                                                                                            | 企業名 ( )<br>労働者数 ( 人)<br>産業医数 ( 人)<br>うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 ) |        |        |
| 相談内容<br>(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)<br>2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名)<br>3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名)<br>4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名)<br>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。

- 1 全項目に漏れなく記入しています。
- 2 事業場は50人未満です。
- 3 当社に総括産業医は居ません。
- 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。
- 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。
- 6 上記に相違ありません。

チェック欄  
はい いいえ

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式地4

医師による面接指導申出書

平成 年 月 日

事業者 殿

所 属

氏 名

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分（いずれかにチェック）

- ☐： 1月あたり100時間を超える時間外・休日労働  
（労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項）
- ☐： 上記以外の長時間労働等  
（労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項）
- ☐： 高ストレス者  
（労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の15）

2 面接指導を受ける医師（いずれかにチェック）

- ☐： 地域産業保健センターの医師
- ☐： 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

## 様式地 5 労働時間等に関するチェックリスト

- 1 氏 名  性別 ☐ 男 ☐ 女 年齢  歳
- 2 所属事業場名・部署  役職
- 3 雇用形態 ☐ 正社員 ☐ 契約社員・パートタイム等 ☐ 派遣労働者
- 4 労働時間制等 ☐ 変形労働時間制または裁量労働制の適用  
(該当項目をチェック)

☐ 長時間労働者向け面接指導の対象者☐ 高ストレス者向け面接指導の対象者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

- ☐ 時間外・休日労働時間が月100時間超の申し出者
- ☐ 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者
- ☐ 会社または事業場の基準該当者
- ☐ 時間外・休日労働時間が月100時間超の者
- ☐ 時間外・休日労働時間が月80時間超の者
- ☐ 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- ☐ その他の者：

☐ 過去の面接指導 ( ☐ なし ☐ あり ・ 過去の指導年月 年 月 )

## 前1か月間について

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 月 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|

- |        |            |                                                |      |
|--------|------------|------------------------------------------------|------|
| ①労働時間等 | 総労働時間（実績）  | <input type="text"/>                           | 時間／月 |
|        | 時間外・休日労働時間 | <input type="text"/>                           | 時間／月 |
|        | 通勤時間（片道）   | <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分 |      |
| ②労働日数等 | 総労働日数（実績）  | <input type="text"/>                           | 日／月  |
|        | 所定休日数      | <input type="text"/>                           | 日／月  |
|        | 有給休暇・欠勤日数  | <input type="text"/>                           | 日／月  |

③業務内容（責任性などを含む）、上司からの情報（あれば）

|  |
|--|
|  |
|--|

作成者

|      |  |
|------|--|
| 氏名   |  |
| 事業場名 |  |
| 連絡先  |  |

当社で採用したストレスチェック調査票及び高ストレス者の選定方法は以下のとおりです。

1 ストレスチェック調査票

- ☐ : ① 職業性ストレス簡易調査票（57項目）
- ☐ : ② 職業性ストレス簡易調査票（簡略版）（23項目）
- ☐ : ③ その他

【その他にチェックされた場合には、下記事項のうち該当するものにチェックをしてください。】

- ☐ : I 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目を含んでいる
- ☐ : II 当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目を含んでいる
- ☐ : III 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目を含んでいる

※ 高ストレス者に対する面接指導の利用を希望する事業者は上記のいずれかにチェックをお願いいたします。

2 高ストレス者の選定方法

高ストレス者の選定方法について、該当するものにチェックをしてください。

- ☐ : ① 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- ☐ : ② 調査票のうち「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

作成者

|                   |  |
|-------------------|--|
| 氏名<br>事業場名<br>連絡先 |  |
|-------------------|--|

## II 疲労・ストレス蓄積度のチェック

### 1 面接による疲労蓄積度のチェック

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

(1) 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

|                         |                                     |                                   |                                   |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. イライラする               | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 2. 不安だ                  | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 3. 落ち着かない               | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 4. ゆうつだ                 | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 5. よく眠れない               | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 6. 体の調子が悪い              | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 7. 物事に集中できない            | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 8. することに間違いが多い          | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 9. 工作中、強い眠気に襲われる        | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 10. やる気が出ない             | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 11. へとへとだ (運動後を除く)      | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |
| 13. 以前とくらべて、疲れやすい       | <input type="checkbox"/> ほとんどない (0) | <input type="checkbox"/> 時々ある (1) | <input type="checkbox"/> よくある (3) |

〈自覚症状の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

|   |      |    |       |     |        |    |       |
|---|------|----|-------|-----|--------|----|-------|
| I | 0～4点 | II | 5～10点 | III | 11～20点 | IV | 21点以上 |
|---|------|----|-------|-----|--------|----|-------|

(2) 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

|                              |                                      |                                     |                                     |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 1か月の時間外労働                 | <input type="checkbox"/> ない又は適当 (0)  | <input type="checkbox"/> 多い (1)     | <input type="checkbox"/> 非常に多い (3)  |
| 2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)      | <input type="checkbox"/> 少ない (0)     | <input type="checkbox"/> 多い (1)     | —                                   |
| 3. 出張に伴う負担<br>(頻度・拘束時間・時差など) | <input type="checkbox"/> ない又は小さい (0) | <input type="checkbox"/> 大きい (1)    | —                                   |
| 4. 深夜勤務に伴う負担 (★1)            | <input type="checkbox"/> ない又は小さい (0) | <input type="checkbox"/> 大きい (1)    | <input type="checkbox"/> 非常に大きい (3) |
| 5. 休憩・仮眠の時間数及び施設             | <input type="checkbox"/> 適切である (0)   | <input type="checkbox"/> 不適切である (1) | —                                   |
| 6. 仕事についての精神的負担              | <input type="checkbox"/> 小さい (0)     | <input type="checkbox"/> 大きい (1)    | <input type="checkbox"/> 非常に大きい (3) |
| 7. 仕事についての身体的負担 (★2)         | <input type="checkbox"/> 小さい (0)     | <input type="checkbox"/> 大きい (1)    | <input type="checkbox"/> 非常に大きい (3) |

★1：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後10時～午前5時) の一部または全部を含む勤務を言います。

★2：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

〈勤務の状況の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

|   |    |   |      |   |      |   |      |
|---|----|---|------|---|------|---|------|
| A | 0点 | B | 1～2点 | C | 3～5点 | D | 6点以上 |
|---|----|---|------|---|------|---|------|

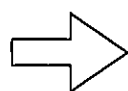
### (3) 総合判断

次の表を用い、(1) 自覚症状の評価、(2) 勤務の状況の評価結果から、仕事による負担度の点数（0～7）を求めてください。

仕事による負担度点数表

|         |     | 勤 務 の 状 況 |   |   |   |
|---------|-----|-----------|---|---|---|
|         |     | A         | B | C | D |
| 自 覚 症 状 | I   | 0         | 0 | 2 | 4 |
|         | II  | 0         | 1 | 3 | 5 |
|         | III | 0         | 2 | 4 | 6 |
|         | IV  | 1         | 3 | 5 | 7 |

※ 糖尿病や高血圧症等の疾病がある方は判定が正しく行われない可能性があります。



仕事による負担度の点数は

点（0～7）

| 判 定 | 点 数 | 仕事による負担度                             |
|-----|-----|--------------------------------------|
|     | 0～1 | <input type="checkbox"/> 低いと考えられる    |
|     | 2～3 | <input type="checkbox"/> やや高いと考えられる  |
|     | 4～5 | <input type="checkbox"/> 高いと考えられる    |
|     | 6～7 | <input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる |

※ 点数が4点以上の場合は仕事の負担度が高いと考えられます。

## 2

## 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断

次の全ての項目について直接質問し、チェックし事後措置を行う。

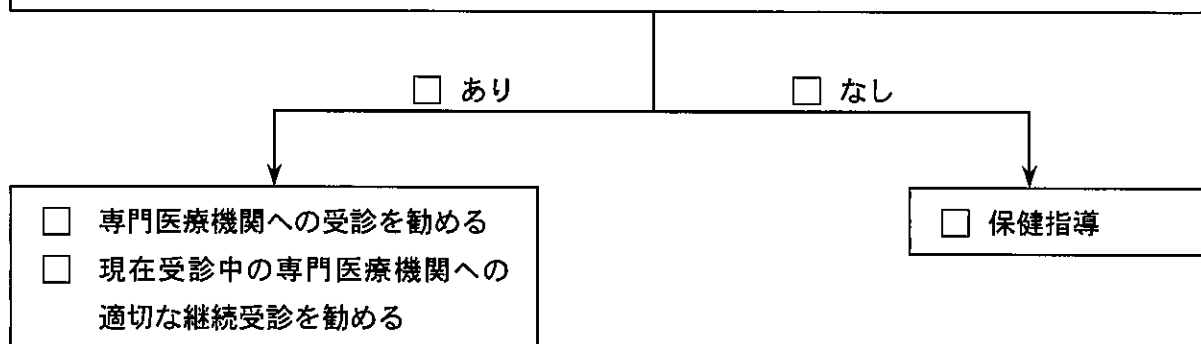
|           |                                                            |                              |                             |
|-----------|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>A1</b> | この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？             | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| <b>A2</b> | この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合、下記の質問に進む。  
両方とも「いいえ」の場合、以下のA3からA5までの質問については省略してよい。

この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、

|           |                                                               |                              |                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>A3</b> | 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| <b>A4</b> | 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？                       | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| <b>A5</b> | 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？                                | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」で、A1～A5の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」がある。



## 3

## 診察・検査所見

面接指導を受ける全ての者に対して、初診時に準じ直接問診し、チェックし、評価・判定・指導等に役立てる。理学的・神経学的所見欄（※）以外は産業保健スタッフの協力を得てもよい。

■現病歴（基礎疾患） ☐ 特になし

☐ 高血圧、 ☐ 糖尿病、 ☐ 脂質異常症（高脂血症）、 ☐ 肥満、 ☐ 痛風ないし高尿酸血症、  
☐ 脳血管疾患、 ☐ 虚血性心疾患、 ☐ 不整脈（ ）、 ☐ 肝疾患（ ）、  
☐ 腎疾患（ ）、 ☐ がん（ ）、 ☐ その他（ ）

罹患経過：発症 昭・平 年頃 その後の受療（ ☐ あり、 ☐ なし）

■定期健康診断、人間ドックなどの所見（受診日： 年 月 日）

■主訴、自覚症状 ☐ 特になし

☐ 頭痛・頭重、 ☐ めまい、 ☐ しびれ、 ☐ 歩行障害、 ☐ 動悸、 ☐ 息切れ、 ☐ 胸痛、  
☐ むくみ、 ☐ 抑うつ気分、 ☐ 興味・意欲の低下、 ☐ 不安感、 ☐ 思考力の低下、 ☐ もの忘れ、  
☐ 食欲低下、 ☐ 不眠（入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など）、 ☐ 疲労感

疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

|     |  |
|-----|--|
| 症 状 |  |
| 原 因 |  |

■生活習慣

|                  |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アルコール            | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒<br><input type="checkbox"/> ビール大びん（換算） 本／日（ 日／週）                                                                                      |
| タバコ              | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本／日× 年                                                                                                                                                              |
| 運動               | <input type="checkbox"/> 特にしない <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする                                                                                                                              |
| 食習慣<br>（複数チェック可） | <input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特にない<br><input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き |
| 睡眠時間             | 1日平均（休日を含む） 時間                                                                                                                                                                                                                |

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

|  |
|--|
|  |
|--|

■検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立てる

|           |     |                                                                    |
|-----------|-----|--------------------------------------------------------------------|
| 検査所見      | 血圧  | ／ mmHg                                                             |
|           | 脈拍  | ／分 不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） |
|           | 体重  | kg                                                                 |
|           | 身長  | cm BMI： 腹囲： cm                                                     |
|           | その他 |                                                                    |
| 理学的所見（※）  |     |                                                                    |
| 神経学的所見（※） |     |                                                                    |
| その他       |     |                                                                    |