

# ちさんぽ事業のご案内

労働者数 50人未満の小規模事業場の事業者や労働者を対象に以下の支援を行います。

## 実施内容

**\*\*\*無料でご利用頂けます\*\*\***

### 1 個別訪問による産業保健指導の実施

産業医又は保健師が、訪問を希望する事業場を個別に訪問し、健康診断結果に基づいた健康管理等に関して指導、助言を行います(訪問は、原則として平日の午後1時30分から2~3時間程度です。)

### 2 長時間労働者への医師による面接指導

労働安全衛生法に基づく「長時間労働者に対する医師による面接指導」を実施します。

### 3 高ストレス者への医師による面接指導

労働安全衛生法に基づく「高ストレス者に対する面接指導」を実施します。

#### \*\*\* ご利用に際してのお願い \*\*\*

- ・ご利用申し込みは裏面の申込書で事業場の所在するセンターへFAXにてお送り下さい。
- ・お申込みのセンターから、担当のコーディネーターがご連絡差し上げます。
- ・労働安全衛生法に基づく適切なサービスを提供するため、情報提供をお願いします。  
情報とは、労働者に係る作業環境、労働時間、労働密度、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断結果などです。

#### 福井県内の地域産業保健センター

名称	住所	携帯番号	ファックス番号	対象地域
福井	福井市大願寺 3-4-10	070-1259-9022	0776-22-0347	福井市・永平寺町
	福井市医師会内	070-1259-9035		あわら市・坂井市
奥越	大野市天神町 1-19 有終会館・大野市医師会内	070-1259-9115	0779-65-8448	大野市・勝山市
南越	越前市中央1-9-9 武生医師会内	070-1259-9036	0778-24-1402	越前市・鯖江市・越前町・ 南越前町・池田町
嶺南	敦賀市中央町 2-16-54 敦賀市医師会内	070-1259-9038	0770-24-3132	敦賀市・小浜市・美浜町 若狭町・大飯町・高浜町

#### 福井産業保健総合支援センター

〒910-0006 福井市中央 1-3-1 加藤ビル 7F  
TEL : 0776(27)6395 FAX : 0776(27)6397

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*	1 事業者      2 個人事業者      3 個人事業主等への注文者等		
	企業名 (	) 本社の有無 ( 有 ・ 無 )	
	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 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象者	名)
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者	名)
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者	名)
	4 健康相談 (その他)	(対象者	名)
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者	名)
	6 長時間労働者に対する面接指導	(対象者	名)
	7 高ストレス者に対する面接指導	(対象者	名)
	8 登録保健師による保健指導	(対象者	名)
事業場訪問	1 希望する      2 希望しない		
地域産業保健センターの 利用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外		
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。

※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2(例)を使用すること。

\*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。  | チェック欄<br>はい いいえ                                   |
| 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 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 (個人事業者、注文者等のみ確認) 労災保険に加入している又は特別加入をしている   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8 上記に相違ありません。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |