

# 地域産業保健センターが 働く人の健康をサポートします！

## 県央 地域産業保健センターをご利用ください。

対象地区：厚木市・大和市・座間市・海老名市・綾瀬市・愛川町・清川村



### 主な内容

#### 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談

健康診断で、脳・心臓疾患関係の主な検査項目（「血中脂質検査」「血圧の測定」「尿中の糖の検査」「心電図検査」）に異常の所見があった労働者に対して、医師または保健師が日常生活面での指導などを行います。また、メンタルヘルス不調を感じている労働者に対して、医師または保健師が相談・指導を行います。

#### ストレスチェックに係る高ストレス者及び長時間労働者に対する面接指導

ストレスチェックの結果、高ストレスであるとされた労働者及び、時間外労働が長時間に及ぶ労働者に対し、医師が面接指導を行います。

#### 健康診断の結果についての医師からの意見聴取

健康診断で、異常の所見があった労働者に関して、健康保持のための対応策などについて、事業主が医師から意見を聴くことが出来ます。

#### 個別訪問による産業保健指導の実施

医師、保健師または労働衛生工学の専門家が事業場を訪問し、作業環境管理、作業管理、メンタルヘルス対策等の健康管理の状況を踏まえ、総合的な助言・指導を行います。

\*地域産業保健センターの利用には事前の申込みが必要です。また利用回数には制限がありますので、あらかじめご了承ください。

### ● お問合せ・お申込み先

## 県央地域産業保健センター

〒243-0018 厚木市中町1-8-24

リバーサイドビル602号

TEL 046-223-8072 FAX 046-223-8072



独立行政法人 労働者健康安全機構

## 神奈川県産業保健総合支援センター

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-29-1 第6安田ビル3階

TEL 045-410-1160 FAX 045-410-1161

神奈川県産保

検索

# 利用申込書

年 月 日

事業場名	
所在地	〒
従業員数	人（男性： 人 女性： 人）
事業内容	
代表者	職名： 氏名：
担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：
	E-mail：
企業情報※	企業名： 全従業員数： 名 産業医数： 名 「総括産業医」の有無： 有 ・ 無
相談内容 (希望するものに○)	1 従業員の健康管理（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 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他 ( ) (対象者 名)
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない
利用有無	当センターを利用したことがありますか？ ・ある（ 年 月ごろ） ・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。

※従業員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。

- |                                 | チェック欄                    |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                 | はい                       | いいえ                      |
| 1 全項目に漏れなく記入しています。              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 上記に相違ありません。                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |