

労働者50人未満の事業者の皆様へ

「地域産業保健センター」は、労働者50人未満の職場における健康づくりをサポートしています。**(無料)**
沖縄県内5か所(那覇(南部)・中部・北部・宮古・八重山)に設置されており、産業医、保健師が労働者、事業者からの相談に対応しています。

事業主は、労働安全衛生法により、労働者の「安全・健康」を守る義務があります。

職場における健康づくりのために、「地域産業保健センター(地さんぽ)」を活用しましょう。

健康相談

(労働者の健康管理に係る相談)

- 脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導
- メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導
- ストレスチェック相談・指導
- その他



意見聴取

(健康診断の結果についての医師からの意見聴取)

- 健康診断の結果、有所見の労働者の“就業の可否”などについて、医師から意見を聴くことができます。

※事業主の義務です。



長時間労働者 に対する面接指導

- 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。



高ストレス者 に対する面接指導

- ストレスチェックの結果、高ストレス者と判断された労働者に対し、医師が面接指導を行います。



■事業場訪問による産業保健指導 ※訪問支援



医師又は保健師が事業場を訪問し、事業場の労働衛生管理に関する助言・指導を行います。

【対象】 訪問を希望する事業者



地域産業保健センター利用申込書

申込日：令和 年 月 日

| | | | |
|------------------------------|--|---|--|
| 事業場 | 事業場名 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | 労働者数 | 男： 人 女： 人 計： 人 | |
| | 事業内容（業種） | | |
| | 代表者 | 職名： 氏名： | |
| | 担当者※1 | 職名： 氏名： 電話： FAX： | |
| | 企業の情報※2 | 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 (希望する番号に○) | 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 その他（ ） (対象者 名) | | |
| 事業場訪問による産業保健指導 (希望する番号に○) | 1 希望あり 2 希望なし | | |
| 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 | | | |

※1 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。

※2 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。
- 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。

お申込み 下記事項をご確認いただき、（チェック）をしてください。
 最寄りの地域産業保健センターにFAXまたはホームページよりお申込みください。

| | |
|---|--|
| 【確認事項】 当てはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 全項目に漏れなく記入しています。 |
| | <input type="checkbox"/> 事業場は50人未満です。 |
| | <input type="checkbox"/> 当社に総括産業医は居ません。 |
| | <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 「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"/> (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"/> 上記に相違ありません。 |
| 【お申し込み先】 希望する項目に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 那覇地域産業保健センター（那覇市～浦添市、西原町～糸満市） FAX 098-866-8806 |
| | <input type="checkbox"/> 中部地域産業保健センター（宜野湾市～恩納村、宜野座村） FAX 098-936-8207 |
| | <input type="checkbox"/> 北部地域産業保健センター（名護市以北） FAX 0980-52-4996 |
| | <input type="checkbox"/> 宮古地域産業保健センター（宮古地区） FAX 0980-73-7325 |
| | <input type="checkbox"/> 八重山地域産業保健センター（八重山地区） FAX 0980-88-5630 |