

長時間労働者の面接指導用様式 (地産保用)

面接日まで（または面接日当日）に、本様式の必要事項を記入して、地域産業保健センターの担当コーディネーターに提出してください。

[面接当日に提出するもの]

- ・様式地4「医師による面接指導申出書」の写し
- ・様式地5「労働時間等に関するチェックリスト」
- ・別紙「面接指導自己チェック票」
- ・直近の健康診断結果（本人の同意が必要）

2023年4月
徳島産業保健総合支援センター

医師による面接指導申出書

令和 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80時間を超える時間外労働・休日労働（申出者）
（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）
- ☐ : 研究開発業務従事者であって、時間外労働・休日労働が1月100時間超の者
（労働安全衛生法第66条の8の2第1項、労働安全衛生規則第52条の2の2第1項）
- ☐ : 高度プロフェッショナル制度適用者で、1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下
（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3項）
- ☐ : 高度プロフェッショナル制度適用者で、健康管理時間が1月100時間超の者
（労働安全衛生法第66条の8の4第1項、労働安全衛生規則第52条の2の4第1項）
- ☐ : 高ストレス者
（労働安全衛生法第66条の10第3項）

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

労働時間等に関するチェックリスト

(このページは、産業保健スタッフ等が記入してください。)

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)

以下について該当事項をチェック

(高度プロフェッショナル制度適用者以外)

- ☐ 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者
- ☐ 時間外・休日労働時間が月80時間超の者(非申し出者)
- ☐ 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者(以下「研究開発業務従事者」という。)であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者
- ☐ 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者
- ☐ 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者(非申し出者)
- ☐ 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- ☐ その他の者：

(高度プロフェッショナル制度適用者：)

- ☐ 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間超の者
- ☐ 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下の申し出者

過去の面接指導 (☐ なし ☐ あり⇒ 過去の指導年月 年 月)

過去3か月の労働時間について

	時間外 労働時間	総労働時間 (実績)	総労働日数 (実績)	休日勤務	深夜勤務
前1か月 (月)	時間/月	時間/月	日/月	日/月 計 時間/月	日/月 計 時間/月
前2か月 (月)	時間/月	時間/月	日/月	日/月 計 時間/月	日/月 計 時間/月
前3か月 (月)	時間/月	時間/月	日/月	日/月 計 時間/月	日/月 計 時間/月

通勤時間(片道) 時間 分

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

TEL

このページは事業場担当者から労働者へ面接指導の実施通知とチェックリスト作成依頼に使用してください。

長時間労働者への面接指導の実施について

「医師による面接指導申出書」により以下のとおり面接指導を実施することになりましたのでお知らせいたします。
つきましては、添付の「面接指導自己チェック票」を事前に記入してください。

(面接指導対象者)

氏 名

所属事業場名・部署

役職

通知年月日

令和 年 月 日

あなたの面接指導日は、次のとおりです。

令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分～ 時 分

このチェック票の提出窓口：

このチェック票の提出期限：

令和 年 月 日または ☐ 面接指導時に持参

この自己チェック票は、面接指導を担当する医師があなたの健康状態を正しく把握する目的でお尋ねするものです。回答された内容は、守秘義務のある医師等が一般の診療録（カルテ）に準じた取扱いを行うので、医師等から事業者にもそのまま開示されることはありません。医師から事業者へは、就業上必要な措置の内容を中心に記載した面接指導結果報告書が別途提出されることとなります。回答された内容の確認や訂正など個人情報の取扱いについてのご意見やご質問があれば、ご遠慮なく面接指導の担当者 までご連絡ください

長時間労働による健康障害防止のための 面接指導自己チェック票

長時間労働による健康障害防止のため、労働者は労働安全衛生法に基づいて、事業者が行う医師による面接指導の受診が義務づけられています。

このチェック票は、医師による面接指導を受ける労働者本人が、あらかじめ自己チェックし、必要事項を記入した上で医師または下記の提出窓口に提出し、医師の判断・指導に役立てるものです。

正しく判断して記入して下さい。

1

あなたの仕事の重要性・ストレスについて自分の感じていることをお答えください。

(該当項目をチェックしてください。)

	そ う だ	ま あ そ う だ	や や 違 う	違 う
1) 労働時間（残業時間）が長い	☐	☐	☐	☐
2) 不規則勤務である	☐	☐	☐	☐
3) 拘束時間の長い勤務である	☐	☐	☐	☐
4) 出張が多い業務である	☐	☐	☐	☐
頻度	日 回 / 月			
出張先	☐ 国内 ☐ 海外（時差： ☐ あり ☐ なし）			
5) 交替制勤務が多い	☐	☐	☐	☐
6) 深夜勤務が多い	☐	☐	☐	☐
7) 人間関係のストレスが多い業務である	☐	☐	☐	☐
8) 作業環境について				
温度環境が良くない	☐	☐	☐	☐
騒音が大きい	☐	☐	☐	☐
9) 精神的緊張性の高い業務である				
自分または他人に対し危険度の高い業務	☐	☐	☐	☐
過大ノルマのある業務	☐	☐	☐	☐
達成期限が短く限られている業務	☐	☐	☐	☐
トラブル・紛争処理業務	☐	☐	☐	☐
周囲の支援のない業務	☐	☐	☐	☐
困難な新規・立て直し業務	☐	☐	☐	☐

2 あなたの疲労蓄積度をチェックして下さい。

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

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

合計 点

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

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

合計 点

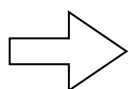
(3) 総合判断

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、あなたの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。



あなたの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	☐ 低いと考えられる
	2～3	☐ やや高いと考えられる
	4～5	☐ 高いと考えられる
	6～7	☐ 非常に高いと考えられる

3

最近のあなたのご様子についておうかがいします。次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	☐ はい	☐ いいえ
これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	☐ はい	☐ いいえ
以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	☐ はい	☐ いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	☐ はい	☐ いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	☐ はい	☐ いいえ

最近のあなたの健康のご様子についておうかがいします。次の質問を読んで、あてはまる項目をチェックしてください。

(以下の状況に記入いただき、直近の健康診断個人票を持参してください。)

■定期健診・人間ドック・特定健診の結果等

※直近の健康診断個人票をご持参ください。

■既往歴・現病歴（基礎疾患） ☐ なし ☐ あり

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 肥満 ☐ 痛風・高尿酸血症
☐ 虚血性心疾患 ☐ 不整脈（ ） ☐ 肝疾患（ ）
☐ 腎疾患（ ） ☐ がん（ ） ☐ その他（ ）

経過：発症 昭和・平成・令和____年頃 その後の受療（☐ あり ☐ なし）

■体 調： ☐ 良 ☐ 普通 ☐ 不良

■自覚症状： ☐ なし ☐ あり

- ☐ 頭痛・頭重 ☐ めまい ☐ しびれ ☐ 歩行障害 ☐ 動悸
☐ 息切れ ☐ 胸痛 ☐ むくみ ☐ ゆううつ気分
☐ 興味・意欲の低下 ☐ 不安感 ☐ 思考力低下 ☐ 物忘れ
☐ 食欲低下 ☐ 不眠（入眠障害、継続睡眠・中途覚醒、早期覚醒、熟眠感喪失など）
☐ 疲労感 ☐ その他（ ）

■生活習慣

- ◎食 慣：☐ 肉が好き ☐ 魚が好き ☐ 野菜が好き
 （複数回答可） ☐ 塩辛いものが好き ☐ 甘いものが好き ☐ 薄味が好き
 ◎運 動：☐ 特にしない ☐ 努めて歩く程度 ☐ 積極的にする
 ◎睡 眠 時 間：1日平均____時間
 ◎アルコール：☐ 飲まない ☐ 機会があった時だけ飲酒
 ☐ 飲む 飲酒量 日本酒（換算）____合/日（____日/週）
 ◎タ バ コ：☐ 吸わない ☐ 吸う（____本/日×____年）

■その他、健康上で気になることや心配事、相談したいことがあれば自由に記入してください。

地域産業保健センターのご案内

地域産業保健センターは、県内の労働者数50人未満規模の事業場の事業者や労働者の皆様を対象に、労働安全衛生法で定められた次のような産業保健サービスを提供する機関です。

サービスはすべて無料です

- 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
- 健康診断結果に基づく有所見にかかる医師からの意見聴取
- 長時間労働者および高ストレス者への面接指導
- 治療と仕事の両立に関する相談
- 職場の作業管理や作業環境管理についての実地相談

※診療行為は行えません。治療の必要を認めた場合はその旨をお伝えします。

地域区分	健康相談窓口等開催場所	担当地区
徳島	徳島市幸町3丁目77（徳島市医師会館2階）	徳島市、小松島市 吉野川市、名東郡 名西郡、勝浦郡
鳴門	鳴門市撫養町南浜字東浜435（鳴門市医師会内）	鳴門市、阿波市 板野郡
三好	三好市池田町シマ842-1 （三好市医師会内）	三好市、三好郡 美馬市、美馬郡
阿南	阿南市宝田町荒井6-1（阿南市医師会内）	阿南市、那賀郡 海部郡

※上記以外に、各センターの登録産業医のいる病院・診療所でも相談できます。

※相談内容や指導内容等については、秘密を厳守します。

相談窓口・訪問指導のお問合せ先はこちら

独立行政法人労働者健康安全機構

徳島産業保健総合支援センター

TEL 088-656-0330

FAX 088-656-0550

受付時間

8:30～17:15（土・日・祝日を除く）

徳島労働局

・徳島・鳴門
三好・阿南

労働基準監督署

・徳島・鳴門
三好・阿南

地域産業保健センター

