

9月「職場の健康診断実施強化月間」です

健康診断と健康診断実施後の措置を実施できていますか？

次のア～キの事項についてチェックし、実施できていない事項は、改善してください。

事業場名称		業種	
所在地		労働者数	計 人 うち派遣労働者 人 うち外国人労働者 人
担当者職氏名		電話番号	
ア	定期健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 1年以内に行っている 直近の健診実施時期 ____年 ____月 直近の健診実施機関名 _____	<input type="checkbox"/> 1年以内に行っていない <input type="checkbox"/> 予定している 時期 ____年 ____月 <input type="checkbox"/> 未定
イ	一定の有害業務に従事する労働者に対する特殊健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行っている 直近の健診実施時期 ____年 ____月 直近の健診実施機関名 _____	<input type="checkbox"/> 対象者がいない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行っていない <input type="checkbox"/> 予定している 時期 ____年 ____月 <input type="checkbox"/> 未定
ウ	健康診断の結果の記録を保存していますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	
エ	健康診断結果、有所見者について医師（政令で定める有害な業務に従事する労働者に対して歯科健診を行った場合は歯科医師）からの意見聴取を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	
オ	健康診断実施後の措置（作業の転換、労働時間の短縮など）を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 該当事案なし	
カ	健康診断の結果、保健指導を行っていますか。（努力義務）	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	
キ	医療保険者から健康診断の記録の写しの提供を求められた際、医療保険者へデータ提供を行っていますか。（「高齢者の医療の確保に関する法律」及び「健康保険法」に基づく義務のため、第三者提供に係る本人同意は不要です）	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない ▶ 行っていない場合はその理由 <input type="checkbox"/> 医療保険者からデータ提供を求められたことがない <input type="checkbox"/> 個人情報保護の観点から第三者に提供してよいか判断がなかった <input type="checkbox"/> データ提供することに事業場としての利点がない <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※ 直近の健診実施機関名については、代表する1機関を記入すること。

送付先 島田労働基準監督署 第三方面
 所在地 〒427-8508 島田市本通り 1-4677-4
 島田労働総合庁舎 3階