

【長時間労働者用】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名		所属
			男・女
勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の要因)			
疲労の蓄積の状況		0. (低)	1. 2. 3. (高)
その他の心身の状況		0. 所見なし 1. 所見あり ()	
面接 医師 判定	本人への指導区分 ※複数選択可	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再面接 (時期:) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	
		(その他特記事項)	

就業上の措置に係る意見書		
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業	
就業上の措置	労働時間の短縮 (考えられるものに○)	0. 特に指示なし
		4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
		1. 時間外労働の制限 時間/月まで
		5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)
労働時間以外の項目 (考えられるものに○を付け、措置の内容を具体的に記述)	2. 時間外労働の禁止	6. その他
	3. 就業時間を制限 時 分 ~ 時 分	
	主要項目 a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	
	1) 2) 3)	
措置期間	_____日・週・月 又は _____年 月 日~ _____年 月 日	
医療機関への受診配慮等		
その他 (連絡事項等)		

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

【高ストレス者用】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名		所属
			男・女
勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の要因)			
心理的な負担の状況		(ストレスチェック結果) A. ストレスの要因 _____ 点 B. 心身の自覚症状 _____ 点 C. 周囲の支援 _____ 点	(医学的所見に関する特記事項)
その他の心身の状況		0. 所見なし 1. 所見あり ()	
面接 医師 判定	本人への指導区分	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再面接 (時期: _____) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	(その他特記事項)
	※複数選択可		

就業上の措置に係る意見書			
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業		
就業上の措置	労働時間の短縮 (考えられるものに○)	0. 特に指示なし	4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
		1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで	5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)
		2. 時間外労働の禁止	6. その他
		3. 就業時間を制限 _____ 時 分 ~ _____ 時 分	
	労働時間以外の項目 (考えられるものに○を付け、措置の内容を具体的に記述)	主要項目 a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	1) 2) 3)
措置期間	_____ 日・週・月 又は _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
職場環境の改善に関する意見			
医療機関への受診配慮等			
その他 (連絡事項等)			

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

【兼用】

長時間労働者関係 ・ 高ストレス者関係 【該当するものに○】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名	所属	
		男・女	年齢 歳
勤務の状況 (労働時間、労働時間以外の要因)			
疲労の蓄積の状況 【長時間労働者のみ】		0. (低)	1. 2. 3. (高)
心理的な負担の状況 【高ストレス者のみ】		(ストレスチェック結果) A. ストレスの要因 _____ 点 B. 心身の自覚症状 _____ 点 C. 周囲の支援 _____ 点	(医学的所見に関する特記事項)
その他の心身の状況		0. 所見なし 1. 所見あり ()	
面接 医師 判定	本人への指導区分 ※複数選択可	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再面接 (時期: _____) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	(その他特記事項)

就業上の措置に係る意見書				
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業			
就業 上 の 措 置	労働時間の短縮 (考えられるものに○)	0. 特に指示なし		4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
		1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで		5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)
		2. 時間外労働の禁止		6. その他
		3. 就業時間を制限 時 分 ~ 時 分		
	労働時間以外の項目 (考えられるものに○を付け、措置の内容を具体的に記述)	主要項目	a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	
措置期間	_____ 日・週・月 又は _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
職場環境の改善に関する意見 【高ストレス者のみ】				
医療機関への受診配慮等				
その他 (連絡事項等)				

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	