健康診断相談票

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | ＩＤ番号 |  |
| 電話番号 |  | メールアドレス |  |
| 企業労務担当者　職・氏名※　本人の場合記載不要 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 健康診断で指摘された事項 |  |
| 自覚症状の有無　あるときはその状況 | 　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　なし |
| 病歴 | 　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　なし |
| 受診の有無　あるときはその状況 | 　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　なし |
| 相談したいこと |  |

※１　この様式をダウンロードして、必要事項を記載の上、メールに添付して送信してください。ただし、上表のすべての項目が記載されていれば、この様式でなくても差し支えありません。

※２　「氏名」、「ＩＤ番号」は必須項目です。記載がないときや、氏名とＩＤ番号が一致しないときは回答できません。「ＩＤ番号」は、健康診断結果表に記載されています。

※３　企業労務担当者の方が相談するときは、本人の同意を得てください。

※４　「健康診断で指摘された事項」以下の項目は、的確な助言のために必要な情報です。簡潔かつ正確に記載してください。

※５　個人情報は、いただいた相談に回答するためにのみ使用して、外部に流出することはありません。