

エントリーシート

当社は、社員が心身ともに元気に働ける会社を目指して、①～④に取り組めます。

- ①健康診断の受診
- ②特定保健指導の利用
- ③再検査・治療の推奨
- ④わが社の健康プラン

西暦 年 月 日

事業所住所 〒

事業所名

事業主氏名 (役職)

(氏名)

電話番号

FAX 番号

わが社の健康プラン (現時点で興味のあるプランに○をつけてください)

高血圧対策 ・ 禁煙対策 ・ 運動の推進 ・ メンタルヘルス対策

※具体的な取組は、協会けんぽ福島支部の保健師との面談後に決定していただきます

郵送またはFAX(024-523-3841)でお送りください。

これは、従業員の皆さまの健康増進を図る一環として貴社の職場の様子を伺うものです。

1. 事業所宣言にエントリーした理由は何ですか
()

2. 貴社の主な事業内容は何ですか 例：～の部品を作っている (具体的に)
()

3. 会社の状況についてお知らせください (およそでも結構です)
ア. 支店・営業所の有無：(あり ・ なし)
イ. 社員数：(人) 内訳：男性 (人) 女性 (人)
ウ. 平均年齢：(歳)
エ. 勤務時間：(1日 時間・休憩 分)
オ. 休日：(日/月)
カ. 残業：あり (週・月 日) ・ ほとんどなし
キ. 勤務体制 (複数回答可)：日勤・交替勤務 (交替)・夜勤

4. 健診について伺います
ア. 従業員の方は全員何かしらの健診を受けていますか (はい ・ いいえ)
イ. 健診の種類は何ですか (複数回答可) 生活習慣病健診 ・ 事業所健診 ・ その他 ()
ウ. 健診時期：(月頃) 健診機関 ()

5. 産業医はいますか (いる ・ いない)
ア. どのような役割をしていますか ・ 健診結果を基に個別指導・希望者に健康相談・その他 ()
イ. 労働安全衛生委員会の設置： ある ・ なし

6. 健診の要治療や要精密検査の方に対して、会社として何か対応されていますか (複数回答可)
ア. 医師に相談 (産業医 ・ それ以外)
イ. 受診しやすい体制をとっている (再検査費用助成 ・ 特別休暇 ・ 他)
ウ. 受診勧奨 (受診結果報告等 あり ・ なし)
エ. 個人にまかせている

7. 従業員の方々の健康状態で気になることはありますか (複数回答可)
・ 慢性疲労 ・ 腰痛 ・ 腹痛 ・ 目の疲労 ・ 肩こり ・ 肥満 ・ 不眠 ・ うつ傾向 ・ ストレス
・ 病欠休暇 ・ その他 ()

8. 従業員の方々の健康づくりのために、職場として実施していることがありますか (複数回答可)
・ ラジオ体操 ・ 健康に関する行事 (講演会) ・ 血圧計設置 ・ 体重計設置 ・ トレーニングジムの利用
・ クラブ活動 ・ メンタル面の対策 ・ ストレスチェック ・ その他 ()

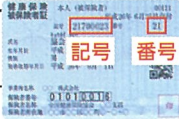
9. 禁煙対策はいかがですか
ア. 事業所の屋内： 禁煙 ・ 喫煙可 (喫煙専用室 あり ・ なし)
イ. 事業所の屋外： 禁煙 ・ 喫煙可 (喫煙所 あり ・ なし)
ウ. 社用車： 禁煙 ・ 喫煙可

10. 具体的な取り組みについて協会けんぽ保健師が訪問し、アドバイスをさせていただきます。
訪問が難しい日時等ありましたらご記入ください。※面談は原則必須となります。30分程度お時間をいただきます。
(例) 週末は避けてほしい 午前中は避けてほしい 月末は避けてほしい など

協会けんぽ福島支部との窓口になっていただける方 (事業主様または労務管理者様)

※健康事業所宣言のご担当者様を、健康保険委員 (健康保険サポーター) として登録させていただきます。定期的に健康保険に関する情報提供をお送りしますので、社内で情報共有をお願いします。

ご担当者様	事業所記号・番号 (ご自身の保険証をご確認ください。)	記号	番号
	所属・役職名		
	担当者名		
	電話番号		
	住所 (上記住所と異なる場合)	〒	
	メールアドレス (メルマガ受信可能な場合)		



エントリーシートご提出後、今後の流れを説明させていただくため、ご担当者様宛にご連絡させていただきます。予めご了承ください。