お申込みFAX送信先
025−522−2434
上越地域総合健康管理センター行

令和６年度 ストレスチェック実施計画書（１／２）

貴社名			
ご住所			
TEL			
事業所コード		ストレスチェック事業所コード	

貴社の必要事項をご記入ください。

１．基本情報

実施者（産業医）		実施事務従事者E-MAIL	
実施事務従事者		データ送付時のパスワード	

個人結果等も送信しますので、多数の方が閲覧可能なアドレスはご遠慮ください。

個人情報データにはこちらのパスワードを使用します。

２．実施方法等

実施時期のおよそ10日前までにWEB受検案内文書またはマークシートをお届けします。

実施時期	月　　日　～　　月　　日　※受検者名簿データは、実施期間の４週間前を目途に担当までメールでお送りください
	□ 健康診断と同時期に実施　□ 健康診断と同時期には行わない（単独実施含む）
	健康診断と同時期に実施する場合、調査票等の送付方法を選択してください
	健康診断の受診票と同時送付を　□ 希望する　□ 希望しない
実施方法	□ WEB　□ マークシート（以下をご記入ください）
	実施方法が「マークシート」の場合、以下を選択してください
	□ 巡回会場にて健診班に提出（必ず担
	□ 当センターに郵送または持参

検診車で実施する巡回健診と同時実施の場合は、「巡回健診班に受け渡し」を選択できます。

３．結果について

判定方法の詳細は、当センターホームページの「高ストレス者の選定方法・判定基準について」をご参照ください。

高ストレス者判定方法	□ 全国平均の上位 10%		□ 全国平均の上位 6.5%	
	□ その他 → ご希望の場合はご連絡ください			
集団分析 ※10名未満の分析はできません	□ 不要	□ 事業所全体で分析	□ 所属毎に分析（以下をご記入ください）	
	①	④	⑦	⑩
	②	⑤	⑧	⑪
	③	⑥	⑨	⑫

集団分析についてのご希望があればご記入ください

４．調査票・結果に印字される問い合わせ先について

検査結果・個人情報の取扱についての問い合わせ先 組織名、住所、電話番号、担当者名等を３行以内で （マークシートに印字されます）	
高ストレス者の医師面接指導申出先 組織名、住所、電話番号、担当者名等を３行以内で （高ストレス者の個人結果に印字されます）	
事業所相談窓口（なければ記入不要） 事業所や健保の相談窓口など３行以内で （個人結果に印字されます）	

最大100文字まで記入可能です。
～記載例～
本社工場　管理部　総務課　人事係
TEL025-511-1111　内線222
担当：春日野 健太郎 e-mail:k.kasugano.jinji@*.jp**

「働く人の悩みホットライン」「新潟県こころの相談マニュアル」「働く人のメンタルヘルスポータルサイトこころの耳」はあらかじめ結果に記載されています。

令和６年度 ストレスチェック実施計画書(２/２)

5. 個人結果に同封する書類について

事業主へ個人結果を開示する同意書	☐ 不要 ☐ 高ストレス者のみに同封 ☐ 受検者全員に同封
高ストレス者の医師面接指導申請書	☐ 不要 ☐ 必要
同意書・面接指導申請書の回収用封筒 ※ 封筒は事業所様でご用意いただきます	☐ 不要 ☐ 高ストレス者のみに同封 ☐ 受検者全員に同封 **長3程度のサイズの封筒をご用意ください。必要枚数はご連絡します。**
その他、同封を希望される書類があればご記入ください	

貴社独自のストレスチェック(メンタルヘルス)に関するパンフレット等を同封することが可能です。ただし、全員に同一物を同封する場合に限らせていただきます。

6. 管理用データ・結果の提供について

個人結果一覧 全受検者の評価点、個人結果のコメント、高ストレス該当の有無等が記載されているエクセルデータです	☐ 不要 ☐ メール添付（データ転送サービス含む） ☐ CD-R ☐ 紙面
個人結果（ストレスプロフィール） 個人に配布する結果と同じもの(紙面)です	☐ 不要 ☐ 必要 **個人結果データを事業所内で保管される場合は、5年間の厳重保管義務が生じます。**

7. 請求について

費用の請求先	☐ 貴社へ一括請求 ☐ 貴社以外の指定先事業場へ請求（指定先の事業所を以下にご記入ください） 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】
請求書の送付先	☐ 貴社へ送付 ☐ 貴社以外の指定先事業場へ送付（指定先の事業所を以下にご記入ください） 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】
請求についてのご要望があれば具体的にご記入ください	

8. 委託先業務担当者情報

共同実施者名	一般社団法人 上越医師会 上越地域総合健康管理センター 所長　長谷川　登　（医師）
実施事務従事者名（代表）	一般社団法人 上越医師会 上越地域総合健康管理センター 事業課　風間　槙子　（事務）
ストレスチェックに関する問い合わせ先	電話番号　TEL 025-521-0521　FAX 025-522-2434 メールアドレス　stress@joetsu.niigata.med.or.jp

その他ご要望がございましたらご記入ください。

※実施計画書をデータでご提出される場合は、当センターホームページの「各種ダウンロード」内のストレスチェック実施計画書をダウンロードしていただき、担当までメールでお送りください。
※受検者名簿データは、実施時期の4週間前を目途に担当までメールでお送りください。