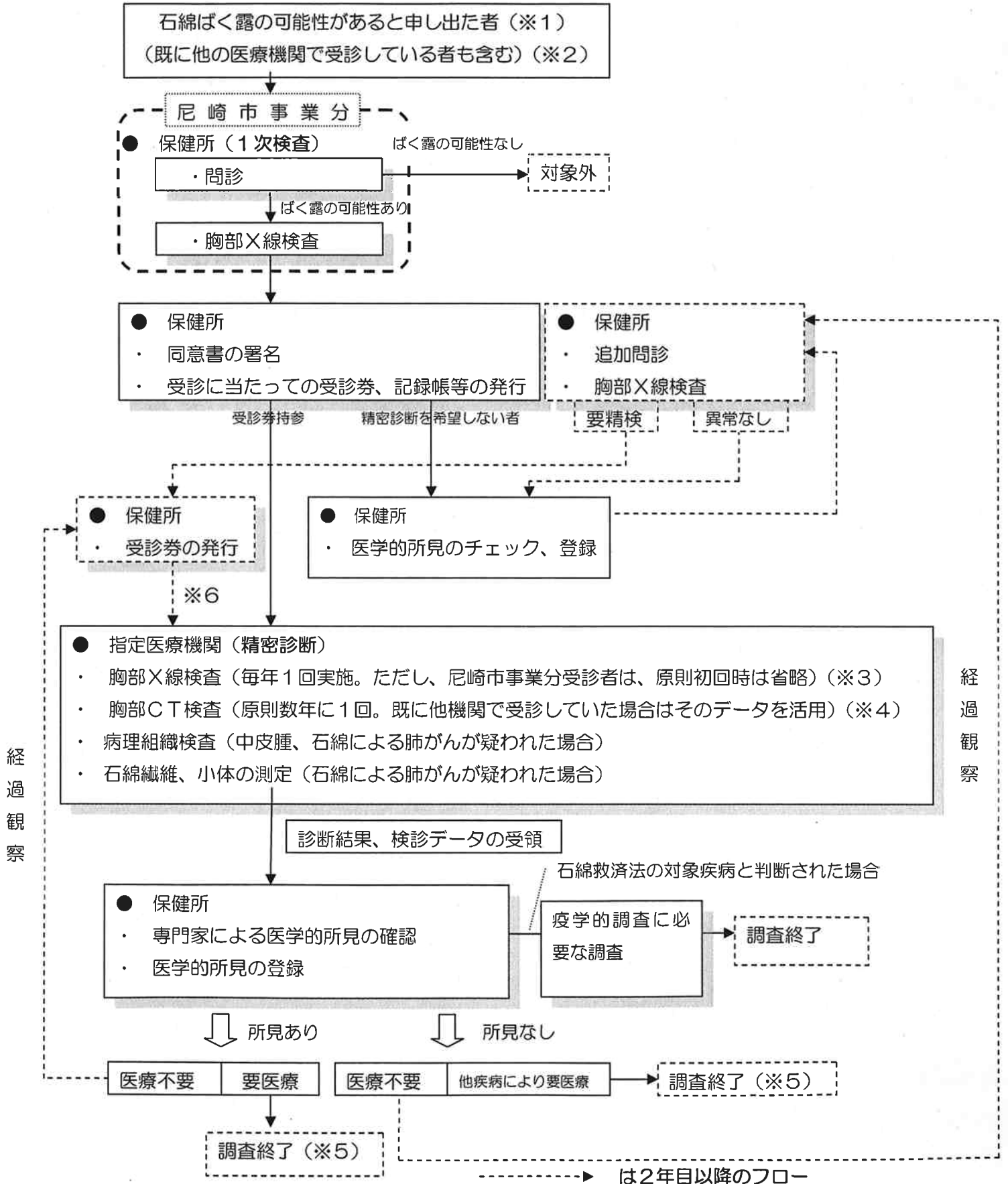


尼崎市の健康リスク調査事業

<概要図>



(注)

- ※1 現在、尼崎市に居住し、かつ昭和30～50年に尼崎市に居住していた者を、石綿ばく露の可能性のある者として本調査の対象とする。ただし、それ以外の者も石綿ばく露の可能性があれば調査の対象として含めることは可能。
- ※2 既に他の医療機関で各種検査を受診した場合で本スキームに含める場合は、保健所で問診及び胸部X線検査を実施した後、指定医療機関で胸部CT検査以降の検査を実施する。
- ※3 胸部X線検査については、初回時に尼崎市事業で実施（正面からの撮影）するため、指定医療機関では原則初回時は実施しないが、医師の判断により追加の胸部X線検査（側面からの撮影）を実施することは可能。
- ※4 胸部X線検査だけでは、病変が観察できない場合もあり得ることから、初回時は胸部X線検査と併せて胸部CT検査を実施する。
- ※5 精密診断の結果、胸膜肥厚斑、石綿肺、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚など石綿ばく露に関する医学的所見の有り、無しにかかわらず、医療の必要があると判断された者は、調査終了とするが、治療終了後に経過観察者に含めることは妨げない。
- ※6 2回目以降の精密診断の内容及び必要性の可否は、前回の所見等を総合的に勘案して判断する。



石綿ばく露健康リスク調査問診票

(1/7)

ID番号 _____

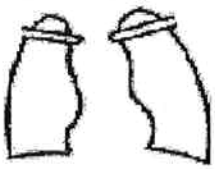
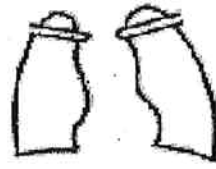
※太枠のみ記入してください。(裏面にもあります。)

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平	
氏名				年 月 日生	歳
現住所	〒 -			電話番号	

1. この健康リスク調査を受ける理由はなんですか。(○をつけてください。) (1) 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた。 (2) 石綿を扱う場所の近くに住んでいた。 (3) 仕事以外で、身の回りにおいて石綿(製品、材料など)を扱うことがあった。 (4) その他(○をつけた場合、追加質問に記入願います。
2. あなたのこれまでの居住歴について、2枚目「居住歴」欄に記入してください。		
3. 本人の現在までの通学歴・職歴及び石綿を扱っていたご家族の現在までの職歴を別紙調査票の「①本人の通学歴、②本人の職歴、③家族の職歴」欄に記入してください。		
4. 仕事以外で石綿を吸い込んだ可能性はありますか。 <input type="checkbox"/> ある (その場所とその時の状況) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない		
5. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> なし		「ある」にチェックした場合、保健師が別紙調査票の追加質問に記入願います。
6. 現在、何か症状がありますか。 <input type="checkbox"/> ある : 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他() <input type="checkbox"/> なし		
7. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。 <input type="checkbox"/> ある : (続柄) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他() <input type="checkbox"/> なし		
8. 喫煙の有無 <input type="checkbox"/> 現在も吸っている 1日平均 本 年間(通算 本) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた 1日平均 本 年間 止めた時期 年前(通算 本) <input type="checkbox"/> 普段は吸わないが、稀に吸うことがある(どんな時:) <input type="checkbox"/> 吸ったことがない		
9. これまでの胸部X線検査受診の有無	1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名() 結果	
10. これまでの胸部CT検査受診の有無	1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名() 結果	
11. その他石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境など、わかっていることがあれば記入してください。		領収印
		問診者

居住歴(出生時以降)

		住 所	備 考
(記入例) 昭25	年から 昭31年	○県△市○町××	
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		

撮影日 年 月 日 直接 No.()	
一 次 読 影	二 次 読 影
 <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(月) <input type="checkbox"/> 要精検	 <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(月) <input type="checkbox"/> 要精検
所見 1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	所見 1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
読影日 年 月 日 (読影医)	読影日 年 月 日 (読影医)

