

石綿ばく露健康リスク調査問診票



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 | (旧姓) | | | 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 |
| | | |

※ 当調査で行なった検査や結果についての診断書は当所では発行できませんのでご了承下さい。

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 |
|  <p> <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検 </p> |  <p> <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検 </p> |
| <p>所見</p> <p>1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> | <p>所見</p> <p>1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> |
| 読影日 年 月 日 (読影医) | 読影日 年 月 日 (読影医) |

○ 1に○をつけた場合

受診者の家庭生活等について記入願います（複数回答可）。

- 1 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった。 年～ 年（通算）年）
- 2 家族が石綿関連の仕事についており、
道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。 年～ 年（通算）年）
- 3 家庭で石綿製品を使って日曜大工等をしたことがある。 年～ 年（通算）年）
- 4 石綿工場・鉱山の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。
〔 4の地域： 〕
（都道府縣市町村名）
- 5 造船所の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。
〔 5の地域： 〕
（都道府縣市町村名）
- 6 倉庫や建築材料の置場の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。
〔 6の地域： 〕
（都道府縣市町村名）
- 7 自動車修理工場の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。
〔 7の地域： 〕
（都道府縣市町村名）
- 8 幹線道路や大きな交差点の近くに住んでいたことがある
〔 8の地域： 〕
（都道府縣市町村名）
- 9 吹きつけ石綿のある建物の部屋で、過ごしたことがある
年～ 年（通算）年）
年～ 年（通算）年）
年～ 年（通算）年）
- 10 いずれもない
- 11 わからない

*** 職歴に関するチェック項目****【①業種】****1 鉱業**

- 11 石綿鉱業
12 その他の鉱業

2 建設業

- 21 石綿含有製品を取り扱う作業
22 石綿含有製品の近傍で行うその他の作業
23 その他の作業

3 製造業

- 30 石綿製品製造業
31 清酒製造業
32 化学工業
33 石油製品・石炭製品製造業
34 窯業・土石製品製造業
341 ガラス・同製品製造業
342 セメント・同製品製造業
343 建設用粘土製品製造業（陶磁器製を除く）
344 陶磁器・同関連製品製造業
35 鉄鋼業
36 非鉄金属製造業（銅・アルミニウム・鉛などの板・合金などを製造）
37 金属製品製造業
38 一般・輸送用機械器具製造業
39 造船業
3a 食料品製造業
3b 繊維工業
3c その他の製造業

4 電気・ガス・熱供給・水道業

- 41 配管・配線取扱い業
42 電気業
43 ガス供給業
44 熱供給業
45 水道業

5 運輸業

- 51 鉄道業
52 道路貨物運送業
53 水運業
54 倉庫業
55 運輸に附帯するサービス業

6 医療、福祉

- 61 医療業

7 サービス業

- 71 廃棄物処理業
72 自動車整備業
73 機械等修理業
74 その他の事業サービス業

8 解体業**9 その他（具体的に： _____）****a 不明****b なし**

【③仕事で取り扱った材料・製品】

- 1 石綿原綿（わた・繊維） 2 石綿吹き付け材 3 石綿フェルト
 4 石綿保温材・煙突材 5 石綿含有屋根材、スレート 6 石綿紙
 7 石綿セメント管・石綿パイプ 8 石綿含有ボード（外壁材・内装材）
 9 石綿パッキング・ガスケット 10 石綿織物・布・ひも・ロープ・テープ・リボンなど
 11 石綿含有塗料、石綿含有シーリング材、石綿含有接着剤
 12 石綿含有摩擦材（ブレーキパッドなど）
 13 その他の石綿製品（ ）
 14 いずれもない 15 わからない

【④職場のそばでの作業の有無】

- 1 石綿含有製品（チューブ・パイプ・板・ボール紙・断熱材など）を切断、取り付け、取り外したりする
 2 溶接
 3 支柱・隔壁・ガード（garder）に耐火塗装をおこなったり、はがしたりする。
 4 その他（ ）
 5 不明
 6 なし

【⑤仕事で頻繁に出入りしていた場所】

- 1 倉庫、車庫 （ ）
 2 部材置き場 （ ）
 3 配管・配線の現場 （ ）
 4 船体 （ ）
 5 その他（ ）
 6 不明
 7 なし

【⑥職場に吹き付け石綿の部屋の有無】

- 1 ある 2 ない 3 不明

【⑦会社で労災認定の有無】（ある場合は認定年月日）

- 1 ある（認定年月日） 2 ない 3 不明
 （ ）

○ 5で「ある」にチェックがした場合

現在までに、かかったことがある肺の病気について、ご記入願います。

- 1 肺結核 2 結核性胸膜炎 3 肺がん 4 慢性気管支炎
 5 じん肺（石綿肺） 6 間質性肺炎（肺繊維症） 7 肺気腫
 8 原因不明の胸膜炎 9 原因不明の胸水 10 その他の呼吸器の病気（

※太枠のみ記入してください。



氏名

(旧姓)

ID番号

その後の経過



1. 前回の本健康リスク調査受診以後現在まで、何か気になること、又は新しい症状などありますか。
 ある (その内容は何か。)()
 なし

2. 家族で新たに石綿関連疾患(中皮腫、肺がんなど)を発病した人はいますか。
 ある (その病名は何か。いつ頃ですか。)()
 なし

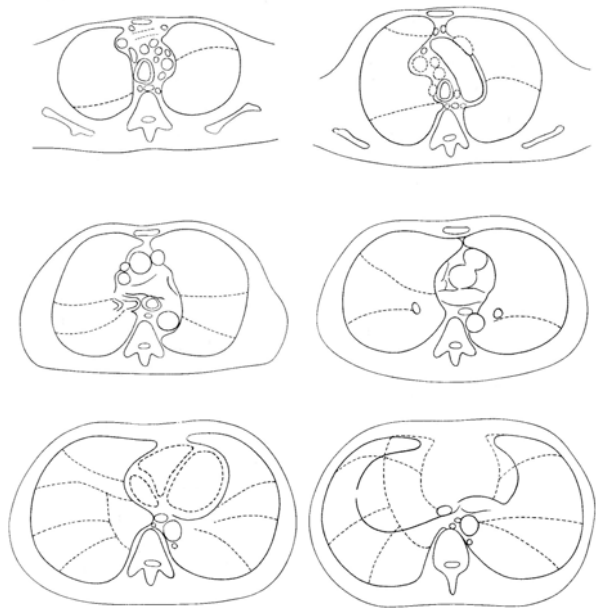
特記事項

(CT検査、通院、疾病の有無等をご記入願います。)

| | |
|-----|-----|
| | 領収印 |
| 問診者 | |
| | |

| | | | | |
|--|---|--|------|-----------|
| 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 | | |
| <p>所見</p> <p>1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> | |  | | |
| <p>所見</p> <p>1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし</p> | | <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(月) <input type="checkbox"/> 要精検 | | |
| 読影日 | 年 | 月 | 日 | (読影医) |
| 読影日 | 年 | 月 | 日 | (読影医) |

精密診断 2次読影

| | | | |
|----------|--|-----------|---|
| 総合判定 |  | | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 要医療 中皮腫・肺癌・石綿肺・ 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> その他・不明 () |
| | CTならびに胸部Xp所見 1 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 2 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 有 (石灰化 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無 3 びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4 胸膜腫瘍(疑) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5 a胸膜直下曲線状陰影(疑含) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5 b 胸膜直下間質影の増強 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 6 肺野間質影 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 7 円形無気肺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 8 肺野の腫瘤影 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 9 リンパ節の腫大 <input type="checkbox"/> 有 (No.) <input type="checkbox"/> 無 10 細気管支・気管支拡張所見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 11 結核性病巣 <input type="checkbox"/> 有 (a:陳旧性、b:活動性) <input type="checkbox"/> 無 12 肺野GGO <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 13 その他の所見 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 平成 年 月 日 | | 読影医 _____ | |

～ みなさまへ ～

尼崎市保健所では石綿による健康影響に不安のある市民を対象に検診を実施しており、「アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査」を受けられた方にこの記録帳をお渡ししています。

石綿の検診を受けられた時は、裏面に年月日と検診機関名を記入して、受診の自己管理をしましょう。

注意事項

- ① この調査への参加は本人の自由意思によるものです。
- ② レントゲンやCT検査による放射線被曝のリスクがあります。
- ③ 現在のところ、中皮腫などの石綿関連疾患について、必ずしも早期発見できるという知見はありません。
- ④ この調査への参加に同意した場合でも、随時これを撤回できます。
- ⑤ 症状が現れた場合、速やかに医療機関を受診してください。
- ⑥ この調査の終了により、検診・検査の補助も終了となります。

相談及びお問い合わせ先

尼崎市保健所 健康増進課

〒660-0052 兵庫県尼崎市七松町1丁目3番1号

電話 06-4869-3053

石綿診断記録帳

～定期的に、検診を受けましょう～

尼崎市保健所

| | | | |
|--------------|------------------|--------|-------------|
| ふりがな 氏名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | | | |
| 生年月日 | 大 正 年 月 日 昭 和 | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 住 所 (変更時) | 〒 | | |

| 職歴 | 事業場の名称 所在地 | 従事した 業務 |
|------|------------|------------|
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |
| 自年月日 | | |
| 至年月日 | | |

| | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 受診年月日 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ |
| 自覚症状 | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() |
| 検査 | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() |
| 結果 | | | |
| 備考 | | | |
| 受診機関名 | | | |

| | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 受診年月日 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ |
| 自覚症状 | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() |
| 検査 | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() |
| 結果 | | | |
| 備考 | | | |
| 受診機関名 | | | |

| | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 受診年月日 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ |
| 自覚症状 | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() |
| 検査 | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() |
| 結果 | | | |
| 備考 | | | |
| 受診機関名 | | | |

| | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 受診年月日 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ |
| 自覚症状 | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() | 無し・せき たん・息切れ 胸痛・他() |
| 検査 | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() | レントゲン・CT・ 他() |
| 結果 | | | |
| 備考 | | | |
| 受診機関名 | | | |

No. _____

保健所返送—医療機関控

平成 年 月 日

アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査分

紹介状

主治医 様

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

このたび当保健所で実施しました「石綿健診」で下記の所見が認められましたので、よろしくご高診ください。なお、ご面倒ですが精密検査の結果が判明しだい結果報告書欄にご記入のうえ、CTのコピーと一緒にご返送ください。

※腫瘍マーカーは、補助の対象外です。本人負担となりますので、必要な時はよく患者に費用などについて説明してからにして下さい。

所見



異常なし・所見あり

フィルム No. _____

読影医 _____

保健所受診日 年 月 日

受診者氏名 様 T・S 年 月 日生 男・女

〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5 F

尼崎市保健所 TEL(06)4869-3053 FAX(06)4869-3049

結果報告書

検査実施日 平成 年 月 日

| 次回検査 | 1 保健所で検診 | 2 病院で経過観察 | 3 その他 () |
|-----------|------------------|--------------------------------|--|
| 検査内容 | 1 CT | 2 直接撮影 (正面・側面・斜位) | 3 その他 () |
| CT 所見 | 1 異常なし | 2 経過観察 | 3 要医療 |
| | 1 胸水貯留 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 2 胸膜プラーク | <input type="checkbox"/> 有 () | 石灰化 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無 |
| | 3 びまん性胸膜肥厚 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 4 胸膜腫瘍 (疑) | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 5 胸膜下曲線様陰影など (疑) | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 6 肺野間質影 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 7 円形性無気肺 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 8 肺野の腫瘤状陰影 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 9 リンパ節の腫大 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 10 その他の所見 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 |
| 胸部 X-p 所見 | | | |
| 他検査所見 | 1 broncho (BAL) | 2 胸膜生検 | 3 胸水穿刺 4 VATS |
| 貴医療機関名・住所 | | | |
| 貴医師名 | | | |

アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査(受診券)

| | | 異常なし・所見あり | |
|--|--------------------------------|---|----------|
| 受診者氏名 | 大正 昭和 年 月 日 (男・女) | 発行年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 住所 | 発行番号 | |
| | 尼崎市 | 有効期限 | 翌々月の末日まで |
| 下記の医療範囲の自己負担分は公費補助いたしますので精査をお願いします。 指定医療機関 様 尼崎市長 印 | | | |
| 診察・検査内容 | | | |
| I. 基本共通事項 | | | |
| | チェック | 単価 | 小 計 |
| A000 | 初診料 | <input type="checkbox"/> 2,700 | = _____ |
| 注6 | 電子化加算がある場合 | <input type="checkbox"/> 2,730 | = _____ |
| A002 | 外来診療料 | <input type="checkbox"/> 700 × _____回 | = _____ |
| E002 | 単純撮影料 | <input type="checkbox"/> 650 × _____回 | = _____ |
| E001 | (上記に係る診断料) | <input type="checkbox"/> 850 | = _____ |
| 4号 | (デジタル加算) | <input type="checkbox"/> 600 | = _____ |
| 通則4 | 画像診断管理加算 1 | <input type="checkbox"/> 580 | = _____ |
| 通則5 | 画像診断管理加算 2 | <input type="checkbox"/> 870 | = _____ |
| E200 | 胸部CT画像撮影料(マルチスライス型) | <input type="checkbox"/> 8,500 /6,600 | = _____ |
| E203 | (上記に係る診断料) | <input type="checkbox"/> 4,500 | = _____ |
| 通則4 | 画像診断管理加算 1 | <input type="checkbox"/> 580 | = _____ |
| 通則5 | 画像診断管理加算 2 | <input type="checkbox"/> 870 | = _____ |
| E400 | フィルム代(半切) | <input type="checkbox"/> 319 × _____枚 | = _____ |
| | フィルム代(大角) | <input type="checkbox"/> 252 × _____枚 | = _____ |
| | フィルム代(大四切) | <input type="checkbox"/> 246 × _____枚 | = _____ |
| | フィルム代(他) | <input type="checkbox"/> _____ × _____枚 | = _____ |
| B009 | 診療情報提供料 | <input type="checkbox"/> 2,500 | = _____ |
| II. 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合の事項 | | | |
| D302 | 気管ファイバースコープ | <input type="checkbox"/> 15,000 | = _____ |
| | 〃 (BAL加算有) | <input type="checkbox"/> 17,000 | = _____ |
| D415 | 経気管肺生検法 | <input type="checkbox"/> 31,000 | = _____ |
| D303 | 胸腔鏡検査料 | <input type="checkbox"/> 60,000 | = _____ |
| L008 | 麻酔料(マスク又は挿管) | <input type="checkbox"/> 61,000 | = _____ |
| | (重症時の場合は) | <input type="checkbox"/> 83,000 | = _____ |
| L009 | 麻酔管理料 | <input type="checkbox"/> 7,500 | = _____ |
| D412 | 経皮的針生検法 | <input type="checkbox"/> 14,500 | = _____ |
| D419 | 胸水の採取(胸水採取料) | <input type="checkbox"/> 1,100 | = _____ |
| D102の2 | 〃 (細胞診検査料) | <input type="checkbox"/> 1,900 | = _____ |
| D101 | 病理組織検査(検査料) | <input type="checkbox"/> 8,800 | = _____ |
| D101の2 | 〃 (免疫抗体組織加算料) | <input type="checkbox"/> 3,500 | = _____ |
| D104 | 〃 (病理診断料) | <input type="checkbox"/> 4,100 | = _____ |
| | 〃 (病理判断料) | <input type="checkbox"/> 1,460 | = _____ |
| III. その他 | | | |
| | フィルムコピー料(実費) | <input type="checkbox"/> _____ × _____枚 | = _____ |
| | 薬剤(局麻)など | <input type="checkbox"/> _____ | = _____ |
| 合 計 (I・IIの自己負担額計) | | | 円 |
| 自己負担額 (請求金額) | 1. 異常なしの方(合計額 × _____%) [消費税込] | | 円 |
| | 2. 所見ありの方(合計額 × 30%、-20%・10%) | | |
| 尼崎市長 あて 精密診断に要した診療報酬点数及び請求額は、上記のとおりです。 平成 年 月 日 所在地 名称 代表者 | | | |
| ※ レセプトを添付してください。 ※ 請求分はレセプトにマーカーで印を付けて下さい。 | | | |

指定医療機関名簿

| 医療機関名 | 郵便番号 | 住所 |
|----------|----------|-----------------|
| 関西労災病院 | 660-8511 | 尼崎市稲葉荘3丁目1番地1号 |
| 県立尼崎病院 | 660-0828 | 尼崎市東大物町1丁目1番1号 |
| 県立塚口病院 | 661-0012 | 尼崎市南塚口町6丁目8番17号 |
| 兵庫医科大学病院 | 663-8501 | 西宮市武庫川町1番1号 |

平成18年度アスベスト対策専門委員会 名簿 (H18年4月1日現在)

| 職 名 | 氏 名 |
|---------------------------|---------|
| 兵庫医科大学教授 | 中 野 孝 司 |
| 神戸大学大学院教授 | 杉 村 和 朗 |
| 県立塚口病院医療安全対策部長 兼呼吸器科部長 | 平 林 正 孝 |
| 県立尼崎病院外科部長 | 糸 井 和 美 |
| 県立尼崎内科医長 | 遠 藤 和 夫 |
| 関西労災病院内科副部長 | 後 藤 浩 之 |
| 兵庫医科大学助教授 | 郷 司 純 子 |
| 兵庫医科大学教授 | 島 正 之 |
| 神戸労災病院副院長 | 大 西 一 男 |

スーパーバイザー

| | |
|--------------------------|---------|
| 東洋大学経済学部経済学科自然学研究室 教授 | 神 山 宣 彦 |
|--------------------------|---------|

事務局

| 職 名 | 氏 名 |
|---------------|---------|
| 尼崎市医務監(兼)保健所長 | 高 岡 道 雄 |