

大阪府における第2期石綿の健康リスク調査問診票

※太枠のみ記載して下さい。

		環境ID		—																
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平																	
氏名			年 月 日	歳(満 歳)																
現住所	〒 —		性別	男 ・ 女																
			電話番号	— —																
			携帯電話番号	— —																
現住所と住民票の住所地が異なる場合、下記に記載して下さい。同じ場合は、同上に記載して下さい。																				
住民票の住所地																				
検診日	平成 年 月 日	団体名				団体使用欄1														
XP検診番号	-	団体コード																		
CT検診番号	-				団体使用欄2															

あてはまる□に印をつけてください。

1.	<p>この健康リスク調査を受ける理由はなんですか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務しており、直接石綿を扱う作業を行っていた。</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿を扱う作業はしていない。 (事務や経理などの石綿を扱わない作業を担当していた。)</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた。</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 石綿取扱施設や吹き付け石綿のある倉庫等への立入経験がある。</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> その他(他に受診理由があれば記載してください。)</p> <p style="text-align: center;">()</p>																								
2.	<p>現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 通院中 ①いつ頃から()</p> <p style="padding-left: 20px;">②治療中の病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 <input type="checkbox"/> 肺結核</td> <td style="width: 25%;">4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎</td> <td style="width: 25%;">7 <input type="checkbox"/> 肺気腫</td> <td style="width: 25%;">10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎</td> <td>5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)</td> <td>8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> 肺がん</td> <td>6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)</td> <td>9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水</td> <td></td> </tr> </table> <p>(2) <input type="checkbox"/> 以前にあったが、今は治っている。</p> <p>①いつから、いつまで()</p> <p>②治療した病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 <input type="checkbox"/> 肺結核</td> <td style="width: 25%;">4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎</td> <td style="width: 25%;">7 <input type="checkbox"/> 肺気腫</td> <td style="width: 25%;">10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎</td> <td>5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)</td> <td>8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> 肺がん</td> <td>6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)</td> <td>9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水</td> <td></td> </tr> </table> <p>(3) <input type="checkbox"/> なし</p>	1 <input type="checkbox"/> 肺結核	4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	7 <input type="checkbox"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()	2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎		3 <input type="checkbox"/> 肺がん	6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水		1 <input type="checkbox"/> 肺結核	4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	7 <input type="checkbox"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()	2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎		3 <input type="checkbox"/> 肺がん	6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	
1 <input type="checkbox"/> 肺結核	4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	7 <input type="checkbox"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()																						
2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎																							
3 <input type="checkbox"/> 肺がん	6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水																							
1 <input type="checkbox"/> 肺結核	4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	7 <input type="checkbox"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()																						
2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎																							
3 <input type="checkbox"/> 肺がん	6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水																							
3.	<p>現在何か症状がありますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> ある ①いつ頃から()</p> <p style="padding-left: 20px;">②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> なし</p>																								

4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。	
(1) <input type="checkbox"/> ある	
①誰が()
②どのような病気(中皮腫 ・ 肺がん ・ 石綿肺 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ その他()
③いつ頃から()
④通院していた病院名()
(2) <input type="checkbox"/> なし	
(3) <input type="checkbox"/> わからない(
)	
5. 喫煙の有無	
(1) <input type="checkbox"/> 現在、毎日吸っている。	
① 1日平均 本	②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))
(2) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた。	
① 1日平均 本	②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))
(3) <input type="checkbox"/> 普段は吸わないが稀に吸うことがある。	
① ひと月に 本	②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))
(4) <input type="checkbox"/> 吸わない。	
(5) <input type="checkbox"/> 同居者に吸っている方がいる。誰が吸っておられますか(
)	
6. 胸部X線検査受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期(年 月ごろ)・医療機関名()
(1年程度前まで)	結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している(疾患名)
7. 胸部CT検査受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期(年 月ごろ)・医療機関名()
(1年程度前まで)	結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している(疾患名)
8. 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、わかることがあれば具体的に記入してください。	

問診日

問診者

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※ 実際に住んでいた場所を、県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※ 場所が具体的に分からない場合については、分かる範囲で記載してください。

例えば、過去に、○○県□□市△△町○-○に居住していたが、□□市までしか分からなかった場合などは、住所が分かるような地理的な情報は積極的に記載してください。（住所は□□市までしか分からないが、家は●●小学校の北側で■■川の本流にあった。また、△△郵便局が真横にあった。等）

居住した時期	住所	備考
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		
昭和・平成 年 月～ 年 月		

10. 本人の通学歴を記載してください。

※ 学校の所在地は、出来る限り、○県○市○町○番地○まで詳しく記載して下さい。

通学した時期	学校名	所在地	備考
昭和・平成 年 月～ 年 月			
昭和・平成 年 月～ 年 月			
昭和・平成 年 月～ 年 月			
昭和・平成 年 月～ 年 月			
昭和・平成 年 月～ 年 月			
昭和・平成 年 月～ 年 月			

11. 本人の職歴を記載してください。

学生時代のアルバイトの短期間の職歴なども含めて、職歴が「あり」もしくは「なし」に○を付けてください。

職業歴	あり なし	備考
-----	----------------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、学生時代のアルバイトなどの仕事も含めて記載してください。
 ※ 企業名は覚えているが所在地を覚えていない場合、企業名の所在地について、〇〇市等分かる範囲の住所を記載してください。
 ※ 仕事の内容で石綿を使っていないことが明らかであると考えられる場合、「仕事の内容」欄に、『石綿不使用であるが、仕事の内容は〇〇』と記載してください。

従事した時期 S・H 年月 - 年月	企業名 所在地 〇〇建設 〇〇市〇町〇番地〇	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
				① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月										

石綿に関して通算 年 月

12. 家族の職歴を記載してください。

自分が家族と同居していた時、自分以外の家族の内の誰かが職についておられ、石綿を取り扱っていたことが分かっている場合、下記に記載をお願いします。

※ 石綿を取り扱って「いない」ことが、明らかである場合の記載は不要です。

※ 家族の職歴があり、会社名は分かるが、仕事の内容まで把握できていない場合については、「仕事の内容」欄に「職務内容が不明」と記載してください。

続柄 (例)父	同居していた期間 S・H 年月 - 年月	会社名 所在地 〇〇建設 〇〇市〇町〇番地〇	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
※ 仕事で石綿を取り扱っていないことが、明らかである場合の記載は不要です。											
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	続柄 石綿に関して通算 年 月										
	続柄 石綿に関して通算 年 月										

受診者の家庭生活等について記入願います。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 4. 石綿工場・鉱山の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(通算	年)
<input type="checkbox"/> 5. 造船所の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(通算	年)
<input type="checkbox"/> 6. 建築材料の置場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(通算	年)
<input type="checkbox"/> 7. 自動車修理工場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(通算	年)
<input type="checkbox"/> 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。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(通算	年)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 10. いずれもない			
<input type="checkbox"/> 11. わからない			

職歴に関するチェック項目

【①業種】

- | | |
|--|--|
| 1 鉱業 | 4 電気・ガス・熱供給・水道業 |
| 11 <input type="checkbox"/> 石綿鉱業 | 41 <input type="checkbox"/> 配管・配線取扱い業 |
| 12 <input type="checkbox"/> その他の鉱業 | 42 <input type="checkbox"/> 電気業 |
| 2 建設業 | 43 <input type="checkbox"/> ガス供給業 |
| 21 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品を取り扱う作業 | 44 <input type="checkbox"/> 熱供給業 |
| 22 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品の近傍で行うその他の作業 | 45 <input type="checkbox"/> 水道業 |
| 23 <input type="checkbox"/> その他の作業 | 5 運輸業 |
| 3 製造業 | 51 <input type="checkbox"/> 鉄道業 |
| 30 石綿製品製造業 | 52 <input type="checkbox"/> 道路貨物運送業 |
| 31 <input type="checkbox"/> 清酒製造業 | 53 <input type="checkbox"/> 水運業 |
| 32 <input type="checkbox"/> 化学工業 | 54 <input type="checkbox"/> 倉庫業 |
| 33 <input type="checkbox"/> 石油製品・石炭製品製造業 | 55 <input type="checkbox"/> 運輸に附帯するサービス業 |
| 34 窯業・土石製品製造業 | 6 医療・福祉 |
| 341 <input type="checkbox"/> ガラス・同製品製造業 | 61 <input type="checkbox"/> 医療業 |
| 342 <input type="checkbox"/> セメント・同製品製造業 | 7 サービス業 |
| 343 <input type="checkbox"/> 建設用粘土製品製造業(陶磁器製を除く) | 71 <input type="checkbox"/> 廃棄物処理業 |
| 344 <input type="checkbox"/> 陶磁器・同関連製品製造業 | 72 <input type="checkbox"/> 自動車整備業 |
| 35 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業 | 73 <input type="checkbox"/> 機械等修理業 |
| 36 <input type="checkbox"/> 非鉄金属製造業 | 74 <input type="checkbox"/> その他のサービス業 |
| (銅・アルミニウム・鉛などの板・合金などを製造) | 8 <input type="checkbox"/> 解体業 |
| 37 <input type="checkbox"/> 金属製品製造業 | 9 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) |
| 38 <input type="checkbox"/> 一般・輸送用機械器具製造業 | 10 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 39 <input type="checkbox"/> 造船業 | 11 <input type="checkbox"/> なし |
| 310 <input type="checkbox"/> 食料品製造業 | |
| 311 <input type="checkbox"/> 繊維工業 | |
| 312 <input type="checkbox"/> その他の製造業 | |

【②仕事内容】

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> 石綿鉱山での作業、石綿製品の製造に関わる作業 | 19 <input type="checkbox"/> レンガ・陶磁器・セメント製品製造に関わる作業 |
| 2 <input type="checkbox"/> 石綿や石綿含有岩綿等の吹きつけ・貼りつけ等作業 | 20 <input type="checkbox"/> 吹きつけ石綿のある部屋・建物・倉庫等での作業
(教員 その他) |
| 3 <input type="checkbox"/> 石綿原綿または石綿製品の運搬・倉庫内作業 | 21 <input type="checkbox"/> エレベーター製造または保守に関わる作業 |
| 4 <input type="checkbox"/> 配管・断熱・保温・ボイラー・築炉関連作業 | 22 <input type="checkbox"/> ランドリー・クリーニングに関わる作業 |
| 5 <input type="checkbox"/> 造船所内の作業(造船所における事務職を含めた全職種) | 23 <input type="checkbox"/> ガスマスクの製造に関わる作業 |
| 6 <input type="checkbox"/> 船に乗り込んで行う作業(船員 その他) | 24 <input type="checkbox"/> 上下水道に関わる作業 |
| 7 <input type="checkbox"/> 建築現場の作業(建築現場における事務職を含めた全職種) | 25 <input type="checkbox"/> ゴム・タイヤの製造に関わる作業 |
| 8 <input type="checkbox"/> 解体作業(建築物、工作物、石綿含有製品等) | 26 <input type="checkbox"/> 道路建設・補修等に関わる作業 |
| 9 <input type="checkbox"/> 港湾での荷役作業 | 27 <input type="checkbox"/> 映画放送舞台に関わる作業 |
| 10 <input type="checkbox"/> 発電所・変電所・その他電気設備での作業 | 28 <input type="checkbox"/> 農薬、パーミキュライト等を扱う作業 |
| 11 <input type="checkbox"/> 鉄鋼所または鉄鋼製品製造に関わる作業 | 29 <input type="checkbox"/> 酒類製造に関わる作業 |
| 12 <input type="checkbox"/> 耐熱(耐火)服や耐火手袋等を使用する作業 | 30 <input type="checkbox"/> 消防に関わる作業 |
| 13 <input type="checkbox"/> 自動車・鉄道車両等を製造・整備・修理・解体する作業 | 31 <input type="checkbox"/> 歯科技工に関わる作業 |
| 14 <input type="checkbox"/> 鉄道等の運行に関わる作業 | 32 <input type="checkbox"/> 金庫の製造・解体に関わる作業 |
| 15 <input type="checkbox"/> ガラス製品製造に関わる作業 | 33 <input type="checkbox"/> その他の石綿に関連する作業 |
| 16 <input type="checkbox"/> 石油精製工場、化学工場内の精製・製造作業や
配管修理等の作業 | 34 <input type="checkbox"/> タルク等石綿含有物を使用する作業 |
| 17 <input type="checkbox"/> 清掃工場または廃棄物の収集・運搬・中間処理・処分の作業 | 35 <input type="checkbox"/> いずれもない |
| 18 <input type="checkbox"/> 電気製品・産業用機械の製造・修理に関わる作業 | 36 <input type="checkbox"/> 不明(忘れた・覚えていない) |

【③仕事で取り扱った材料・製品】

- 1 石綿原綿(わた・繊維)
- 2 石綿吹きつけ材
- 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・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 (どこの)
- 3 配管・配線の現場 (どこの)
- 4 船体 (どこの)
- 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 年 月 日)
- 2 ない
- 3 不明

大阪府における第2期石綿の健康リスク調査継続問診票

※太枠のみ記載して下さい。

環境ID ー

フリガナ				明・大・昭・平
氏名	生年月日			年 月 日 歳(満 歳)
現住所	〒 ー			性別 男・女
				電話番号 () ー
				携帯電話番号 () ー
現住所と住民票の住所地が異なる場合、下記に記載して下さい。同じ場合は、同上に記載して下さい。				
住民票の住所地				
検診日	平成 年 月 日	団体名		団体使用欄1
XP検診番号	-	団体コード		団体使用欄2
CT検診番号	-			

あてはまる口に印をつけてください。

<p>1. この健康リスク調査を受ける理由は何ですか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務しており、直接石綿を扱う作業を行っていた。</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿を扱う作業はしていない。 (事務や経理などの石綿を扱わない作業を担当していた。)</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた。</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 石綿取扱施設や吹き付け石綿のある倉庫等への立入経験がある。</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> その他(他に受診理由があれば記載してください。)</p> <p>()</p>
<p>2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> ある ①いつ頃から()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> なし</p>
<p>3. 現在、肺の病気で病院へ通院していますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 通院中 ①いつ頃から()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>③治療している病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎 5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺) 8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 肺がん 6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症) 9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 前回の問診以降にあったが、今は治っている。</p> <p>①いつから、いつまで()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>③治療していた病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎 5 <input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺) 8 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 肺がん 6 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症) 9 <input type="checkbox"/> 原因不明の胸水</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 前回の問診以降、通院していない。</p>

4. 前回の健康リスク調査での胸部エックス線検査、胸部CT検査を受けられた以降に他の医療機関で胸部X線検査、胸部CT検査を受けられたことがありますか。

理由の欄には、人間ドック、職場健診等を記載して下さい。

胸部X線検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	時期(年 月頃)	検査機関名()
	理由()	検査機関電話番号()
胸部CT検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	時期(年 月頃)	検査機関名()
	理由()	検査機関電話番号()

5. 家族で新たに石綿関連疾患にかかった人はいますか。

(1) ある

①誰が()

②どのような病気(中皮腫 ・ 肺がん ・ 石綿肺 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ その他())

③いつ頃から()

④どの医療機関()

(2) なし

(3) わからない()

6. 現在の喫煙の有無

(1) 現在、毎日吸っている。

① 1日平均 本 ②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))

(2) 過去に吸っていた。

① 1日平均 本 ②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))

(3) 普段は吸わないが稀に吸うことがある。

① ひと月に 本 ②何歳～何歳(何年間)(歳～ 歳(年間))

(4) 吸わない。

(5) 同居者に吸っている方がいる。誰が吸っておられますか()

7. その他

前回の問診以降に職業歴や居住歴など、何か思い出したことがありましたら具体的に記載してください。

問診日

問診者

大阪府アスベスト健康対策専門家会議委員一覧

*50音順、敬称略

所 属	氏 名
大阪府立公衆衛生研究所 所長	織田 肇
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立呼吸器アレルギー医療センター 院長	川瀬 一郎
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター がん予防情報センター長	津熊 秀明
独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 院長	林 清二
独立行政法人国立病院機構 刀根山病院 副院長	前倉 亮治
大阪府泉佐野保健所 所長	宮園 将哉
社団法人大阪府医師会 理事	矢野 隆子
独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院 院長	山田 義夫

平成22年4月1日現在

大阪府 石綿ばく露健康リスク調査読影検討会 名簿

平成22年4月1日現在

所属	役職	氏名
(財)大阪がん予防検診センター	所長	黒田 知純
(財)大阪がん予防検診センター	副所長	山崎 秀男
地方独立行政法人 大阪府立病院機構 府立呼吸器・アレルギー医療センター	院長	川瀬 一郎
地方独立行政法人 大阪府立病院機構 府立呼吸器・アレルギー医療センター	放射線科	樋上 泰造
独立行政法人 国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	院長	林 清二
独立行政法人 国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	放射線科部長	審良 正則
社会福祉法人 恩賜財団 済生会中和病院	内科部長	徳山 猛
独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター	副院長	田村 猛夏
独立行政法人 労働者健康福祉機構 神戸労災病院	副院長	大西 一男
医療法人 医仁会 精華町国民健康保険病院	院長	坂谷 光則
大阪府泉佐野保健所	所長	宮園 将哉
大阪府健康医療部保健医療室 地域保健感染症課	課長	永井 仁美