

受付

尼崎市における 第2期 石綿の健康リスク調査 問診票

※太枠内のみ記載して下さい。(裏面もあります)

環境ID 02-

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	
氏名	(旧姓:)		年	月
現住所	〒 -	性別	男 ・ 女	
		電話	()	-
		携帯電話	()	-
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、同上と記載して下さい。				
住民票の 住所地				

あてはまる□に印をつけてください。

保健師記入欄

1. この健康リスク調査を受ける理由はなんですか。

- (1) 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。
- (2) 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。)
- (3) 家族が(石綿を扱う仕事・日曜大工)をしていた。
└─ どちらかに○をつけてください。
- (4) 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。
- (5) 石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。
- (6) その他()

アスベスト健診分類
(H17～問診票1. (1)～(4))

→(1)石綿扱う仕事

→(4)その他

仕事→(1)石綿扱う仕事

日曜大工→(3)身の回り

→(4)その他

→(2)近くに住んでいた

→(1)～(4)のいずれか

2. 現在何か症状がありますか。

- (1) ある ①いつ頃から()
- ②症状は (発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())
- (2) ない

問診者

※ 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ください。

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、地理的な情報を積極的に記載してください。
 (●●小学校の北側で■■川の真横にあった。△△郵便局が真横にあった。等)

居住した時期	住所	備考
⑤・H 28年 4月～ ⑤・H 35年 3月～	(記入例) ○県△市××町□丁目●-▲	郵便局のすぐ北側
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		
S・H 年 月～ S・H 年 月～		

10. 本人の通学歴(小学校からすべて)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
⑤・H 20年 4月～ ⑤・H 26年 3月～	○○小学校	○県×市△丁■-●-▲	
S・H 年 月～ S・H 年 月～			
S・H 年 月～ S・H 年 月～			
S・H 年 月～ S・H 年 月～			
S・H 年 月～ S・H 年 月～			
S・H 年 月～ S・H 年 月～			

13. 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	<input type="checkbox"/> 家庭で、石綿製品の製造加工作業や内職をしていた。	年～	年(通算	年)
2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 石綿工場・鉱山の近くに住んでいた、または遊んでいたことがある。	年～	年(通算	年)
	(都道府県名・市町村名))		
5	<input type="checkbox"/> 造船所の近くに住んでいた、または遊んでいたことがある。	年～	年(通算	年)
	(都道府県名・市町村名))		
6	<input type="checkbox"/> 建築材料の置場の近くに住んでいた、または遊んでいたことがある。	年～	年(通算	年)
	(都道府県名・市町村名))		
7	<input type="checkbox"/> 自動車修理工場の近くに住んでいた、または遊んでいたことがある。	年～	年(通算	年)
	(都道府県名・市町村名))		
8	<input type="checkbox"/> 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。	年～	年(通算	年)
	(都道府県名・市町村名))		
9	<input type="checkbox"/> 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)
10	<input type="checkbox"/> いずれもない			
11	<input type="checkbox"/> わからない			

職歴に関するチェック項目

【①業種】

1 鉱業
11 <input type="checkbox"/> 石綿鉱業
12 <input type="checkbox"/> その他の鉱業
2 建設業
21 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品を取り扱う作業
22 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品の近傍で行うその他の作業
23 <input type="checkbox"/> その他の作業
3 製造業
30 <input type="checkbox"/> 石綿製品製造業
31 <input type="checkbox"/> 清酒製造業
32 <input type="checkbox"/> 化学工業
33 <input type="checkbox"/> 石油製品・石炭製品製造業
34 窯業・土石製品製造業
341 <input type="checkbox"/> ガラス・同製品製造業
342 <input type="checkbox"/> セメント・同製品製造業
343 <input type="checkbox"/> 建設用粘土製品製造業(陶磁器製を除く)
344 <input type="checkbox"/> 陶磁器・同関連製品製造業
35 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業
36 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 金属製品製造業
38 <input type="checkbox"/> 一般・輸送用機械器具製造業
39 <input type="checkbox"/> 造船業
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

4 電気・ガス・熱供給・水道業
41 <input type="checkbox"/> 配管・配線取扱い業
42 <input type="checkbox"/> 電気業
43 <input type="checkbox"/> ガス供給業
44 <input type="checkbox"/> 熱供給業
45 <input type="checkbox"/> 水道業
5 運輸業
51 <input type="checkbox"/> 鉄道業
52 <input type="checkbox"/> 道路貨物運送業
53 <input type="checkbox"/> 水運業
54 <input type="checkbox"/> 倉庫業
55 <input type="checkbox"/> 運輸に附帯するサービス業
6 医療・福祉
61 <input type="checkbox"/> 医療業
7 サービス業
71 <input type="checkbox"/> 廃棄物処理業
72 <input type="checkbox"/> 自動車整備業
73 <input type="checkbox"/> 機械等修理業
74 <input type="checkbox"/> その他のサービス業
8 <input type="checkbox"/> 解体業
9 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
10 <input type="checkbox"/> 不明
11 <input type="checkbox"/> なし

【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
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
3 <input type="checkbox"/> 石綿原綿または石綿製品の運搬・倉庫内作業
4 <input type="checkbox"/> 配管・断熱・保温・ボイラー・築炉関連作業
5 <input type="checkbox"/> 造船所内の作業(造船所における事務職含めた全職種)
6 <input type="checkbox"/> 船に乗り込んで行う作業(船員 その他)
7 <input type="checkbox"/> 建築現場の作業(建築現場における事務職含めた全職種)
8 <input type="checkbox"/> 解体作業(建築物、工作物、石綿含有製品等)
9 <input type="checkbox"/> 港湾での荷役作業
10 <input type="checkbox"/> 発電所・変電所・その他電気設備での作業
11 <input type="checkbox"/> 鉄鋼所または鉄鋼製品製造に関わる作業
12 <input type="checkbox"/> 耐熱(耐火)服や耐火手袋等を使用する作業
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
14 <input type="checkbox"/> 鉄道等の運行に関わる作業
15 <input type="checkbox"/> ガラス製品製造に関わる作業
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
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
18 <input type="checkbox"/> 電気製品・産業用機械の製造・修理に関わる作業

19 <input type="checkbox"/> レンガ・陶磁器・セメント製品製造に関わる作業
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)
21 <input type="checkbox"/> エレベーター製造または保守に関わる作業
22 <input type="checkbox"/> ランドリー・クリーニングに関わる作業
23 <input type="checkbox"/> ガスマスクの製造に関わる作業
24 <input type="checkbox"/> 上下水道に関わる作業
25 <input type="checkbox"/> ゴム・タイヤの製造に関わる作業
26 <input type="checkbox"/> 道路建設・補修等に関わる作業
27 <input type="checkbox"/> 映画放送舞台に関わる作業
28 <input type="checkbox"/> 農薬、パーミキュライト等を扱う作業
29 <input type="checkbox"/> 酒類製造に関わる作業
30 <input type="checkbox"/> 消防に関わる作業
31 <input type="checkbox"/> 歯科技工に関わる作業
32 <input type="checkbox"/> 金庫の製造・解体に関わる作業
33 <input type="checkbox"/> その他の石綿に関連する作業
34 <input type="checkbox"/> タルク等石綿含有物を使用する作業
35 <input type="checkbox"/> いずれもない
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



尼崎市における 第2期 石綿の健康リスク調査 問診票 (継続用)

※太枠内のみ記載して下さい。(裏面もあります)

環境ID 02-

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	
氏名	(旧姓:)		年	月
現住所	〒 -	性別	男 ・ 女	
		電話	()	-
		携帯電話	()	-
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、同上と記載して下さい。				
住民票の 住所地				

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・日曜大工)をしていた。 └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘ どちらかに○をつけてください。</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()</p>	保健師記入欄
	アスベスト健診分類 (H17～問診票1. (1)～(4))
	→(1) 石綿扱う仕事
	→(4) その他
	仕事→(1) 石綿扱う仕事 日曜大工→(3) 身の回り
	→(4) その他
	→(2) 近くに住んでいた →(1)～(4)のいずれか
<p>2. 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> ②症状は (発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> ない</p>	

問診者

※ 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ください。

3. 現在、肺の病気で通院していますか。

(1)-1 ない

(1)-2 前回の問診以降、通院していない。

(2) 現在通院中

①いつ頃から()

②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

③治療している医療機関名()

④病名にチェックしてください。

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

()

(3) 前回の問診以降にあったが、今は治っている。

①いつからいつまで()

②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

③治療していた医療機関名()

④病名にチェックしてください。

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

()

4. 前回の「健康リスク調査」を受診後、他の医療機関で胸部エックス線検査・胸部CT検査などを受けられましたか。

※ 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"/> ない <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"/> ない <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) なし

(2) 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いつから()

④医療機関名()

(3) わからない()

6. 喫煙の有無

(1) 現在、毎日吸っている

① 1日平均 本 ② 歳～ 歳 (年間)

(2) 過去に吸っていた

① 1日平均 本 ② 歳～ 歳 (年間)

(3) 普段は吸わないが稀に吸うことがある。

① 1日平均 本 ② 歳～ 歳 (年間)

(4) 吸わない(5) 同居者に吸っている方がいる → 誰が吸っていますか()

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。



(所見1ページ)

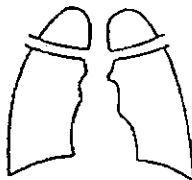
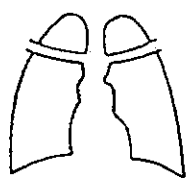
保健師チェック欄	
不同意or年度内2回目以降	同意
有料	無料

環境ID. 02-

フリガナ

氏名

胸部X線所見

撮影日		年		月		日		直接No.()											
一次読影						二次読影													
 1 異常なし 2 経過観察 3 要精査() 4 要医療						 1 異常なし 2 経過観察 3 要精査() 4 要医療													
												有	疑	右	左	無	評価不能	有	疑
①	胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
②	胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
③	びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
⑤	肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
⑦	肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
⑨	その他所見 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
読影日						年		月		日 (読影医)		読影日		年		月		日 (読影医)	

※評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。

※胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックしてください。

胸部CT所見(二次読影)

(所見2ページ)

	有 疑		右 左		なし	評価不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
① 胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 胸膜腫瘍疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※肺野の間質影が見られた場合の分類項目 ・胸膜下曲線様陰影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (直下 <input type="checkbox"/> ・非直下 <input type="checkbox"/>) ・小葉中心性粒状影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・すりガラス様陰影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・網状陰 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・蜂窩肺 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・肺実質内帯状影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
⑥ 円形無気肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ その他の所見 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。 ※胸膜や結核性所見は「その他所見」にチェックしてください。						
石綿との関連	びまん性胸膜肥厚、肺野の間質影の所見(疑いを含む)が確認された場合の石綿との関連					
		強く疑う	疑う	可能性がある	他の原因である	可能性が高い
③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合判定	1 異常なし 2 経過観察 3 要精査() 4 要医療					
読影日:平成 年 月 日						

第 2 期 石 綿 の 健 康 リ ス ク 調 査 同 意 書

資料2

＜調査の目的＞

一般環境を経由した石綿ばく露による健康被害の可能性があったとの報告があった地域において、石綿ばく露の可能性のあったと申し出た方を対象として、問診、胸部X線及び胸部CT検査等を実施し、石綿ばく露の状況の違い等による石綿関連所見や石綿関連疾患の発生状況の比較等を行い、石綿ばく露者の中・長期的な健康管理のあり方を検討するための知見を収集するものです。

＜説明を受けて同意した項目の口にし点をつけて下さい。＞

- (1) レントゲン検査やCT検査には放射線被ばくによるリスクがあること
- (2) 中皮腫等の石綿関連疾患について、必ずしも早期発見できるとは限らないこと
- (3) 調査への参加は同意者本人の自由意思によるものであること
- (4) 調査への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること
- (5) 個人情報 は 尼崎市において適正に管理・保管し、環境省が調査に必要な範囲で共同利用すること
- (6) 調査結果を公表する場合は、個人が特定できないような形式で公表すること
- (7) 検査の結果、医療が必要となった場合、尼崎市が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること
- (8) 転居・病気等で調査に参加できず音信不通になった場合、尼崎市等が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があること
- (9) 調査実施期間は、平成22年度から平成26年度までの5年間で予定しているが、その後も調査参加者に対して、健康状況を確認するための追加調査を実施する可能性があること
- (10) 保健所では当調査で診断書の発行はできないこと
- (11) 当調査の終了により、健診・検査等の補助も終了すること
- (12) 当調査で公費負担するのは、石綿にかかる検査費用のみであること
- (13) 当調査による健診は年度内に1回無料で、2回目以降は費用がかかること
- (14) 呼吸器などの症状が現れた場合は、健診結果に関わらず、速やかに医療機関を受診すること

尼崎市長 殿

平成 年 月 日

私は、尼崎市が実施する健康リスク調査の目的を理解するとともに、上記の事項を確認の上、調査に協力することに同意します。

氏 名： _____ 印

住 所： _____

電話番号： _____

※氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

～ みなさまへ ～

尼崎市保健所では、「石綿の健康リスク調査」にご協力いただいた方に、この検査結果記録帳をお渡ししています。

検査を受けられた時は、この記録帳の裏面に受診年月日と検査を受けた医療機関名及び検査結果等を記入して、自己管理にご活用ください。

<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1-502号

電話(06)4869-3053

注意事項

1. この記録帳は労働安全衛生法の健康管理手帳ではありません。
2. X線検査やCT検査による放射線被曝のリスクがあります。
3. 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は限りません。
4. 何か症状が現れた場合、速やかに医療機関を受診してください。
5. 継続して当調査に参加してください。
6. この調査の参加は本人の自由意志によるものです。
7. 参加の同意をした場合でも随時、撤回できます。
8. 当調査の終了により、検査の補助も終了になります。

第2期石綿の健康リスク調査 検査結果記録帳

～毎年、継続して検査を受けましょう～

尼崎市保健所

この調査は環境省から受託して実施しています。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
大正・昭和	
住所	
受診日	年 月 日
自覚症状	無・有
(発熱・せき・呼吸困難)	(発熱・せき・呼吸困難)
(胸痛・その他)	(胸痛・その他)
検査項目	胸部X線検査
検査結果	X線検査・CT検査・他()
異常なし・経過観察・要精査	検査結果
受診機関名	異常なし・経過観察・要精査
尼崎市保健所	受診機関名()
	保健所・関労・県尼・兵医

受診日	年 月 日
自覚症状	無・有
(発熱・せき・呼吸困難)	(発熱・せき・呼吸困難)
(胸痛・その他)	(胸痛・その他)
検査項目	検査項目
X線検査・CT検査・他()	X線検査・CT検査・他()
検査結果	検査結果
異常なし・経過観察・要精査	異常なし・経過観察・要精査
受診機関名()	受診機関名()
保健所・関労・県尼・兵医	保健所・関労・県尼・兵医
受診日	年 月 日
自覚症状	無・有
(発熱・せき・呼吸困難)	(発熱・せき・呼吸困難)
(胸痛・その他)	(胸痛・その他)
検査項目	検査項目
異常なし・経過観察・要精査	異常なし・経過観察・要精査
検査結果	検査結果
所見無・所見有()	所見無・所見有()
受診機関名()	受診機関名()
保健所・関労・県尼・兵医	保健所・関労・県尼・兵医

受診日	年 月 日
自覚症状	無・有
(発熱・せき・呼吸困難)	(発熱・せき・呼吸困難)
(胸痛・その他)	(胸痛・その他)
検査項目	検査項目
X線検査・CT検査・他()	X線検査・CT検査・他()
検査結果	検査結果
異常なし・経過観察・要精査	異常なし・経過観察・要精査
受診機関名()	受診機関名()
保健所・関労・県尼・兵医	保健所・関労・県尼・兵医
受診日	年 月 日
自覚症状	無・有
(発熱・せき・呼吸困難)	(発熱・せき・呼吸困難)
(胸痛・その他)	(胸痛・その他)
検査項目	検査項目
X線検査・CT検査・他()	X線検査・CT検査・他()
検査結果	検査結果
異常なし・経過観察・要精査	異常なし・経過観察・要精査
受診機関名()	受診機関名()
保健所・関労・県尼・兵医	保健所・関労・県尼・兵医

第2期石綿の健康リスク調査・画像所見報告書

資料4

		環境ID 02-					
受診者氏名		生年月日					
胸部 単純 画像 所見	検査日 平成 年 月 日	有 疑	右	左	なし	評価不能	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	④ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑤ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑥ その他所見 ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
※ 評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※ 胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。							
胸部 C T 画像 所見	検査日 平成 年 月 日	有 疑	右	左	なし	評価不能	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	④ 胸膜腫瘍疑い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑥ 円形無気肺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑧ リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	⑨ その他所見 ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
※ 評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※ 胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。							
総合画像 所見	胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合画像所見						
	1 <input type="checkbox"/> 異常なし 2 <input type="checkbox"/> 経過観察 3 <input type="checkbox"/> 要精密検査 4 <input type="checkbox"/> 要医療 └── 2次読影 (<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)						
胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合所見追記事項 3 (要精密検査) もしくは 4 (要医療) にチェックされた場合は、特に詳細に記入して下さい。							

上記のとおり、報告します。 平成 年 月 日

医療機関名

読影医氏名 (担当医氏名)

第2期 石綿の健康リスク調査(受診券)

資料5

受診者氏名		発行年月日	
		発行番号	
住所		有効期限	

指定医療機関 様

上記の方は、環境省より尼崎市が受託している「第2期石綿の健康リスク調査」に同意されましたので、下記のいずれかによる健康診断をお願いします。

また、この健康診断の結果、精密検査が必要と判断された場合、右記の範囲に係る自己負担分を公費補助いたしますので精査をお願いします。

尼崎市長 印

I. 診察・検査など		金額(消費税込み)
タイプⅠ・診察・胸部CT撮影(マルチ16列以上/未満)		= _____
・胸部X線撮影・各画像診断結果報告(画像所見報告書)		
・調査対象者への結果通知		
タイプⅡ・診察・胸部CT撮影(マルチ16列以上/未満)		= _____
・各画像診断結果報告(画像所見報告書)		
・調査対象者への結果通知		
タイプⅢ・診察・胸部X線撮影		= _____
・各画像診断結果報告(画像所見報告書)		
・調査対象者への結果通知		
II. 画像情報提供など	単価	
CD-R作成費	_____ × _____ 枚	= _____
レントゲンフィルム 半切	_____ × _____ 枚	= _____
III. 精密検査(内訳は右欄のとおり)		= _____

請求金額(消費税込み)

円

尼崎市長 あて

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

精密検査に係る費用負担の範囲分

自己負担率	30・20・10・0%
-------	-------------

0 精密検査において、初診料や再診料が必要な場合			
(1) 初・再診		単価(円)	自己負担分
A000	初診料	2,700	
A001	再診料	690	
A002	外来診療料	700	

1 中皮腫、石綿による肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚が疑われた場合			
(1) 造影胸部CT撮影		単価(円)	自己負担分
E200	胸部CT撮影	マルチ16列以上	9,000
		マルチ16列以下	8,200
		上記以外	6,000
E203	CT診断		4,500
E200 注3	造影剤使用加算		5,000
画像診断 通則4	画像診断管理加算1		700
画像診断 通則5	画像診断管理加算2		1,800
CT診断科 通則3	電子画像管理加算		1,200
薬価基準	造影剤 品名 () 量 () ml		
(2) 胸膜鏡検査・気管支ファイバースコープ			
D303	胸腔鏡検査		60,000
L008 5	麻酔料		61,000
		麻酔が困難な患者	83,000
L009 2	麻酔管理料(Ⅰ)		9,000
D302	気管支ファイバースコープ (気管支肺胞洗浄法検査加算含)		27,000
D415	経気管肺生検法		40,000
D412	経皮的針生検法	(透視、心電図及び超音波検査含)	16,000
D419 2	胸水採取(簡単な液検査含)		1,800

2 中皮腫、石綿による肺がんが疑われた場合			
(1) 病理組織診断		単価(円)	自己負担分
N000	病理組織標本作製	8,800	
N006 1	組織診断料	5,000	
N002	免疫染色病理組織標本作製	4抗体未満	4,000
		4抗体以上	20,000
(2) 細胞診断			
N004	細胞診	1,900	
N006 2	細胞診断料	2,400	
N002	免疫染色病理組織標本作製	4抗体未満	4,000
		4抗体以上	20,000

3 石綿による肺がんが疑われた場合			
(1) 腫瘍マーカー検査		単価(円)	自己負担分
D400 1	血液採取	130	
D009	腫瘍マーカー	1項目	
		2項目	2,300
		3項目	2,900
		4項目以上	4,200
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	1,440	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅰ)	400	

4 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚が疑われた場合			
(1) 肺呼吸機能検査		単価(円)	自己負担分
D200 1	肺気量分画測定	800	
D200 2	フローボリュームカーブ	800	
D205	呼吸機能検査等判断料	1,400	
(2) 動脈血液ガス分析検査			
D419 3	動脈血採取	500	
D007 30	血液ガス分析	1,500	
D026 3	生化学的検査(Ⅰ)判断料	1,440	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅰ)	400	

精密検査 請求金額	円
-----------	---

指定医療機関名簿

所属名	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69号
兵庫医科大学病院	663-8501	西宮市武庫川町1番1号
兵庫県立尼崎病院	660-0828	尼崎市東大物町1丁目1番1号

平成22年度 尼崎市アスベスト対策専門委員会名簿

職 名	氏 名
兵庫医科大学教授	◎中 野 孝 司
兵庫医科大学教授	○ 島 正 之
兵庫県立尼崎病院呼吸器外科部長	糸 井 和 美
兵庫県立尼崎病院呼吸器内科部長	遠 藤 和 夫
神戸労災病院副院長	大 西 一 男
神戸大学大学院特命准教授	大 野 良 治
兵庫県立尼崎病院検査・放射線部長 兼呼吸器内科部長	平 林 正 孝
関西労災病院健診部長	横 川 朋 子

◎は会長 ○は副会長

アドバイザー

東洋大学経済学部教授	神 山 宣 彦
------------	---------

平成22年度 尼崎市アスベスト対策専門委員会 読影部会 名簿

所 属 名	氏 名
兵庫医科大学呼吸器内科	中 野 孝 司
神戸大学医学部放射線科	大 野 良 治
兵庫県立尼崎病院呼吸器科	平 林 正 孝
兵庫県立尼崎病院呼吸器外科	糸 井 和 美
兵庫県立尼崎病院呼吸器科	遠 藤 和 夫
関西労災病院内科	横 川 朋 子
神戸労災病院内科	大 西 一 男