

(エ) 参考資料（試行調査で使用した様式等）

[尼崎市]

- ・石綿健康相談のご案内
- ・同意書
- ・問診票（新規・継続）
- ・石綿健康相談記録帳
- ・尼崎市アスベスト対策専門委員会委員及びアドバイザー
- ・尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会委員
- ・指定医療機関名簿
- ・受診券
- ・報告書

# 石綿健康相談のご案内

尼崎市保健所では、  
石綿(アスベスト)による健康不安を感じている方に  
石綿(アスベスト)健康相談を行っています。

また、あわせて環境省からの委託事業として、現在尼崎市在住の方で

- ① おおむね昭和30年から昭和50年の間に尼崎市に居住していた方
- ② 石綿による健康不安を感じている方

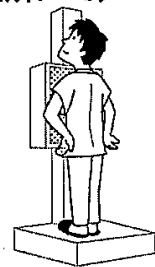
を対象に「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施しています。

(平成 29 年度は 11 月 30 日まで)

## 実施内容

- ① 肺がん検診(胸部検診)で胸部X線検査
- ② 保健師等による石綿についての問診・保健指導(尼崎市保健所にて)
- ③ 後日、指定医療機関で胸部CT検査

※保健師等による問診を受けこの調査にご協力いただける方は  
上記費用が無料になります。



<問い合わせ先>

尼崎市保健所 疾病対策課

佐々木・中川

電話:06-4869-3053

FAX:06-4869-3057

## 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査 同意書

## ＜調査の目的＞

本事業は、試行調査の対象となる自治体（以下「尼崎市」という）において、石綿検診（仮称）の事業化を見据え、モデルとなる事業を実施することを通じて、実施主体・既存検診（肺がん検診等）との連携方法・対象者、対象地域の考え方・検査頻度・事業に要する費用等の課題等について調査・検討を行うことを目的とする。

- 1 レントゲン検査やCT検査には、放射線被ばく等によるリスクがあること
- 2 各検査にはそれぞれ特性により効果やリスクが異なること
- 3 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
- 4 健康管理により、石綿関連疾患を早期発見できた場合でも、予後の改善につながるとは限らないこと
- 5 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
- 6 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
- 7 個人情報（尼崎市等において適正に管理・保管し、独立行政法人環境再生保全機構、環境省またはその委託を受けた者が調査に必要な範囲で共同利用すること）
- 8 平成18～26年度に実施した「石綿の健康リスク調査」に参加した者は、その際得られた問診結果や検査結果を使用すること
- 9 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
- 10 検査の結果、医療が必要となった場合、尼崎市等が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること
- 11 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、現況を確認する可能性があること
- 12 今後、調査対象者に対して、健康状況等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
- 13 保健所では当調査で診断書の発行はできないこと
- 14 当調査の終了により、健診・検査等の補助も終了すること
- 15 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
- 16 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
- 17 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、尼崎市が実施する試行調査（石綿健康相談）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。

# 石綿健康相談問診票（新規用）

（石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査）

資料3

健診日	平成	年	月	日
問診日	平成	年	月	日
胸部X線検査撮影番号				
健管番号				

※太枠内のみ記載して下さい。(裏面もあります)

フリガナ			明・大・昭・平	
氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
		(旧姓: )		
現住所	〒 -		性別	男 ・ 女
	尼崎市		電話	( ) -
			携帯電話	( ) -
通知等を、現住所と異なる住所に送付を希望する場合は、下記に記載してください。				
送付希望住所				

あてはまる口に印をつけてください。

ばく露歴  
職員記入欄

<p>1. 下記のどれに該当しますか。(複数回答可)</p> <p>(ア) <input type="checkbox"/> 仕事で直接石綿を扱っていた。</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿は扱っていなかった。</p> <p>(ウ) <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事をしていた。</p> <p>(エ) <input type="checkbox"/> 吹き付け石綿のある建物への立入経験がある。(※職場の建物の場合は(イ)に該当します。)</p> <p>(オ) 上記(ア)~(エ)以外</p> <p style="margin-left: 20px;">①石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。</p> <p style="margin-left: 20px;">②その他( )</p>	備考
<p>2. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> いる</p> <p style="margin-left: 20px;">①誰が( )</p> <p style="margin-left: 20px;">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( ) )</p> <p style="margin-left: 20px;">③いつ頃から( )</p> <p style="margin-left: 20px;">④医療機関名( )</p> <p style="margin-left: 20px;">⑤救済法等の認定状況( 救済法 ・ 労災 ・ なし ・ 不明 )</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> いない</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> わからない( )</p>	

問診者

3. 胸部X線検査受診の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:時期( 年 月頃) 医療機関名( ) 理由【肺がん(胸部)検診・その他( )】 結果【異常なし・その他( )】
4. 胸部CT検査受診の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:時期( 年 月頃) 医療機関名( ) 理由【 結果【異常なし・その他( )】
5. 現在何か症状がありますか。 (1) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ない
6. 現在までに、呼吸器の病気にかかったことがありますか。 (1) <input type="checkbox"/> ない (2) <input type="checkbox"/> 現在、呼吸器の病気にかかっている ①いつ頃から( ) ②治療している医療機関名( ) ③病名にチェックしてください 1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 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 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気 ( ) (3) <input type="checkbox"/> 以前にあったが、今は治っている ①いつからいつまで ( ) ②治療した医療機関名( ) ③病名にチェックしてください 1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 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 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気 ( )
7. 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 歳～ 歳 ( 年間) (2) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた ① 1日平均 本 ② 歳～ 歳 ( 年間) (3) <input type="checkbox"/> 普段は吸わないがまれに吸うことがある ① 1日平均 本 ② 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
8. 仕事以外で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。

## 9. 居住歴（出生から現在まで）を記載してください。

※ 尼崎市の居住歴についてはできるだけ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、地理的な情報を記載してください。

(●●小学校の北側で■川の本横にあった。△△郵便局が真横にあった。等)

居住した時期	住所	備考
㊟・H 30年 4月～㊟・H 41年 3月	(記入例) 尼崎市××町口丁目●-▲	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		
S・H 年 月～ S・H 年 月		

## 10. 通学歴をすべて記載してください。

通学した時期	学校名	所在地(尼崎市の小、中、高以外は記載してください)
㊟・H 31年 4月～㊟・H 37年 3月	(記入例) ○○小学校	尼崎市△△町■丁目
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		

## 11. 本人の職歴を記載してください。

- 下記に石綿関係のアルバイトも含めた職歴を記載してください。  
 ※ 会社の所在地について、分かる範囲の住所を記載してください。

従事した時期	会社名(業種)	所在地	仕事の内容	石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄		
					仕事内容	取扱材料	吹付部屋
(記入例) S30～S50	〇〇建設	〇県〇市〇町〇番地〇	(記入例) 石綿吹き付け作業	(記入例) S33～S48			

- 石綿を取り扱っていた状況を具体的に記入してください。

## 12. 家族の職歴を記載してください。

- 家族が、同居していたとき石綿を取り扱っていたことが分かっている場合、下記に記入してください。  
 ※ 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。  
 ※ 仕事の内容がわからない場合については、「仕事の内容」欄に「職務内容不明」と記載してください。

続柄	従事していた期間	会社名(業種)	所在地	仕事内容	石綿を扱っていたと思われる時期	うち、同居期間
(例) 父	S10～S30	〇〇建設	〇県〇市〇町〇番地〇	(記入例) 石綿吹き付け作業	S11～S30	S12～S28

- 家庭において、以下の項目に該当するものがありますか。

- 道具や作業服、マスクなどを持ち帰ったことがある  
 作業服を洗濯していた

## 職歴に関するチェック項目

## 【①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"/>	農業、バ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)

## 【②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

## 【③職場に吹き付け石綿の部屋の有無】

- 1  ある  
 2  ない  
 3  不明

担当者記入欄	本人CT希望 する・しない
--------	------------------

担当者記入欄			
胸部X線検査 (肺がん検診)	H 年 月 日		
	異常なし ・ 経過観察(3ヶ月・6ヶ月) ・ 要精検 ・ 要医療		
CT 受診券送付	あり・なし	送付月日	H 年 月 日
		受診券No.	—







胸部CT所見(二次読影)

(所見ページ)

	有 疑		右	左	なし (正常含む) 評価不能																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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(限局性の胸膜肥厚)	<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(中皮腫)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"/>																																														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※肺野の間質影が見られた場合の分類項目</p> <table border="0"> <tr> <td>・胸膜下曲線様陰影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(直下 <input type="checkbox"/> ・非直下 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;・小葉中心性粒状影&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・すりガラス様陰影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・網状影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・蜂窩肺</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・肺実質内帯状影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> </div>							・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 checkbox"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;・小葉中心性粒状影&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/>	<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"/>		・網状影	<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"/>	
・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 checkbox"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;・小葉中心性粒状影&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/>	<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"/>																																														
・網状影	<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(肺がん等)	<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"/>																																														
<p>※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。</p> <p>※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。</p>																																																				
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"/>																																															
⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
総合画像所見	<input type="checkbox"/> ① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> ④ 胸膜腫瘍(中皮腫)疑い			<input type="checkbox"/> ⑦ 肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)																																															
	<input type="checkbox"/> ② 胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)	<input type="checkbox"/> ⑤ 肺野の間質影			<input type="checkbox"/> ⑧ リンパ節の腫大																																															
	<input type="checkbox"/> ③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> ⑥ 円形性無気肺			<input type="checkbox"/> ⑨ その他の所見																																															
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																																																				

# 石綿健康相談問診票（継続用）

## （石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査）

環境ID

健診日	平成	年	月	日
問診日	平成	年	月	日
胸部X線検査撮影番号				
健管番号				

※太枠内のみ記載して下さい。（裏面もあります）

フリガナ			明・大・昭・平
氏名	生年月日	年 月 日（満 歳）	
	(旧姓: )		
現住所	〒 ー 尼崎市	性別	男 ・ 女
		電話	( ) ー
		携帯電話	( ) ー
通知等を、現住所と異なる住所に送付を希望する場合は、下記に記載してください。			
送付希望住所			

あてはまる口に印をつけてください。

ばく露歴  
職員記入欄

1. 下記のどれに該当しますか。（複数回答可）	備考
<p>(ア) <input type="checkbox"/> 仕事で直接石綿を扱っていた。</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿は扱っていなかった。</p> <p>(ウ) <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事をしていた。</p> <p>(エ) <input type="checkbox"/> 吹き付け石綿のある建物への立入経験がある。（※職場の建物の場合は(イ)に該当します。）</p> <p>(オ) 上記(ア)～(エ)以外</p> <p>① <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>② <input type="checkbox"/> その他( )</p>	
2. 家族で新たに石綿関連疾患にかかった人はいますか。	
<p>(1) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>① 誰が( )</p> <p>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( ) )</p> <p>③ いつから( )</p> <p>④ 医療機関名( )</p> <p>⑤ 救済法等の認定状況( 救済法 ・ 労災 ・ なし ・ 不明 )</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> わからない</p>	

問診者

3. 前回の「健康リスク調査」、「試行調査」を受診後、検診や診療等で胸部エックス線検査・胸部CT検査を受けられましたか。

※ 理由の欄には、職場健診、自覚症状があったため、通院中の定期検査等と記載して下さい。

胸部X線検査	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	時期( 年 月頃)	医療機関名( )	
			理由( )	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT検査	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	時期( 年 月頃)	医療機関名( )	
			理由( )	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし

4. 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

5. 呼吸器の病気で通院していますか。

(1) ない

(2) 現在通院中

①いつ頃から( )

②治療している医療機関名( )

③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治療していた医療機関名( )

③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  
( )

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

## 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。

## 8. 肺がん(胸部)検診で異常がなくても、胸部CT検査を希望しますか。

- (1)  希望する  
 (2)  希望しない

担当者記入欄			
胸部X線検査 (肺がん検診)	H 年 月 日		
	異常なし ・ 経過観察( 3ヶ月 ・ 6ヶ月 ) ・ 要精検 ・ 要医療		
最終CT検査	H 年 月		CT歴なし
	異常なし ・ 経過観察 ・ 要精検 ・ 要医療		
今年度 CT受診券送付	あり ・ なし	送付月日	H 年 月 日
		受診券No.	—







胸部CT所見(二次読影)

(所見ページ)

	有 疑		右	左	なし (正常含む)	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"/>
② 胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)	<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(中皮腫)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"/>	
胸部CT所見	※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"/>	(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"/>	
	・すりガラス様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	・網状影	<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"/>	
	・肺実質内帯状影	<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(肺がん等)	<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「その他の所見」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"/>		
⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
総合画像所見	<input type="checkbox"/> ① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> ④ 胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/> ⑦ 肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)				
	<input type="checkbox"/> ② 胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)	<input type="checkbox"/> ⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> ⑧ リンパ節の腫大				
	<input type="checkbox"/> ③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> ⑥ 円形性無気肺	<input type="checkbox"/> ⑨ その他の所見				
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							

資料4

ID番号

石綿健康相談記録帳

～毎年、継続して検査を受けましょう～

尼崎市保健所

～みなさまへ～

尼崎市保健所では、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に協力していただいた方に、この石綿健康相談記録帳をお渡ししています。

試行調査で検査を受けられた時は、この記録帳に受診年月日や検査を受けた医療機関などを記入し、自己管理にご活用ください。

## 注意事項

1. この記録帳は厚生労働省発行の健康管理手帳  
(石綿)ではありません。
2. 保健所で試行調査の間診を受けられる場合は、  
この石綿検診記録帳をお見せください。  
胸部エックス線検査日などを記載します。
3. 何か症状が現れた場合は、速やかに医療機関  
を受診してください。
4. 継続して検査を受けてください。
5. 居住歴、職歴欄についてはご自身で記入し、  
受診時などにご活用ください。

氏名		男・女
生年月日		
昭和・平成	年	月 日
居住歴(自由記載)		
居住した時期	住所	
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		
昭・平 昭・平 年 ~ 年		

職歴(自由記載)		
従事した時期	職場	仕事の内容
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平
昭・平 昭・平 年 年 ~		
石綿取り扱い期間	昭・平	~ 昭・平

年度	年度
胸部X線検査(肺がん検診)	胸部X線検査(肺がん検診)
検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
保健所・地域集団健診会場	保健所・地域集団健診会場
検査結果	検査結果
異常なし・経過観察・要精検	異常なし・経過観察・要精検
メモ	メモ
CT検査	CT検査
検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
受診医療機関	受診医療機関
県尼・関労・兵医・( )	県尼・関労・兵医・( )
メモ	メモ

<相談及び問い合わせ先>

尼崎市保健所 疾病対策課

〒660-0052

兵庫県尼崎市七松町1丁目3番1-502号

電話 (06) 4869-3053

FAX (06) 4869-3049



尼崎市アスベスト対策専門委員会委員及びアドバイザー

資料5

任期:平成29年7月1日～平成31年6月30日

委員

(氏名五十音順)

職 名	氏 名
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器外科部長・呼吸器外科長	糸 井 和 美
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科部長	遠 藤 和 夫
大西内科クリニック院長	大 西 一 勇
神戸大学大学院医学研究科特命教授	大 野 良 治
兵庫医科大学主任教授	島 正 之
関西労災病院健康診断部長	外 山 隆
大手前病院 顧問	中 野 孝 司
兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長	早 林 正 孝

アドバイザー

職 名	氏 名
(独法)労働安全衛生総合研究所フェロー研究員・ 前東洋大学教授	神 山 宣 彦

## 尼崎市アスベスト対策専門委員会 読影部会委員

任期:平成29年7月1日～平成31年6月30日

(氏名五十音順)

職 名	氏 名
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器外科部長・呼吸器外科長	糸 井 和 美
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科部長	遠 藤 和 夫
大西内科クリニック院長	大 西 一 勇
神戸大学大学院医学研究科特命教授	大 野 良 治
関西労災病院健康診断部長	外 山 隆
大手前病院 顧問	中 野 孝 司
兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長	早 林 正 孝

指定医療機関名簿

資料7

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
兵庫県立尼崎総合医療センター	660-8550	尼崎市東難波町2丁目17番77号

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査【受診券】

受診者氏名	発行年月日	
	発行番号	
住所	有効期限	
<p>指定医療機関 様</p> <p>上記の方は、環境省より尼崎市が受託している「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">尼崎市長 印</p>		
I 検査料金		金額 (消費税込み)
タイプ1 ・診察・胸部CT撮影 (マルチ64列以上) ・画像情報の提供 (データ) ・調査対象者への結果通知		= _____
タイプ2 ・診察・胸部CT撮影 (マルチ16列以上64列未満) ・画像情報の提供 (データ) ・調査対象者への結果通知		= _____
タイプ3 ・診察・胸部CT撮影 (マルチ4列以上16列未満) ・画像情報の提供 (データ) ・調査対象者への結果通知		= _____
II 画像データ等作成料金	単 価	
CD-R作成費	_____ × _____ 枚	= _____
III 精密検査料金		
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 印

## 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	2,820	
A001	再診料	720	
A002	外来診療料	730	
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64列以上	10,000
		マルチ16列以上 64列未満	9,000
		マルチ4列以上 16列未満	7,500
		上記以外	5,600
E203	CT診断	4,500	
E200 注3	造影剤使用加算	5,000	
画像診断 追加4	画像診断管理加算1	700	
画像診断 追加5	画像診断管理加算2	1,800	
CT診断料 追加3	電子画像管理加算	1,200	
薬価基準	造影剤 品名 量 ( ) ( ) ml		
(2) 胸腔鏡検査・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
		重症時の場合	83,000
	L100 に掲げる神経ブロック を併せて行った場合の加算	450	
L009 2	麻酔管理料(Ⅰ)	9,000	
D302	気管支ファイバースコープ		25,000
		気管支肺胞洗浄法(BAL)を 同時に行った場合の加算料	2,000
D415	経気管肺生検法		40,000
		3'トランスを用いた超音波 断層法を併せて行った場 合の3'トランス加算	5,000
		CT透視下に検査を行った 場合のCT透視下気管支鏡 検査加算	10,000
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	
薬価基準	使用薬品名 量 ( ) ( ) A V		
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	8,600	
N006 1	組織診断料	4,500	
N002	免疫染色病理組織標本作製	4抗体以上	20,000
		4抗体未満	4,000
N006 4 Ⅰ	病理診断管理加算1(組織診断)	1,200	
N006 4 Ⅱ	病理診断管理加算2(組織診断)	3,200	
(2) 細胞診断			
N004	細胞診	1,900	
N006 2	細胞診断料	2,000	
N002	免疫染色病理組織標本作製	4抗体以上	20,000
		4抗体未満	4,000
N006 4 Ⅰ	病理診断管理加算1(細胞診断)	600	
N006 4 Ⅱ	病理診断管理加算2(細胞診断)	1,600	
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	250	
D009	腫瘍マーカー	1項目(CEAなど)	1,100 から
		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	スパイロメトリー(肺気量分画)測定	900	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む)	1,000	
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 2	動脈血採取	500	
D007 3B	動脈血液ガス分析	1,460	
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	

## 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査・画像所見報告書

受診者 氏名	男・女		環境ID						
			医療機関使用欄						
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日 (才)						
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"/>	
	② 胸膜ブランク (限局性の胸膜肥厚)		<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"/>	
	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"/>	
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影 (肺がん等)		<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"/>	
	※ 評価不能とは、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"/>	
② 胸膜ブランク (限局性の胸膜肥厚)			<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 (中皮腫) 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"/>	
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 (肺がん等)			<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"/>	
※ 評価不能とは、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	<input type="checkbox"/> ①胸水貯留		<input type="checkbox"/> ④胸膜腫瘍 (中皮腫) 疑い		<input type="checkbox"/> ⑦肺野の腫瘤状陰影 (肺がん等)				
	<input type="checkbox"/> ②胸膜ブランク (限局性の胸膜肥厚)		<input type="checkbox"/> ⑤肺野の間質影		<input type="checkbox"/> ⑧リンパ節の腫大				
	<input type="checkbox"/> ③びまん性胸膜肥厚		<input type="checkbox"/> ⑥円形無気肺		<input type="checkbox"/> ⑨その他の所見				
総合 判定	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)

〔西宮市〕

- ・ 試行調査の募集チラシ・案内文書等
- ・ 同意書
- ・ 質問表（新規・継続）
- ・ 医療機関で使用している読影チェックシート等
- ・ 参加者への受診結果報告様式  
（西宮市石綿（アスベスト）健康相談施行調査事業記録票）
- ・ 保健指導で使したチラシ等（添付省略）
- ・ 受診カード
- ・ 精密検査の紹介状

## 「石綿（アスベスト）健康相談事業」に関する送付書類



西宮市健康づくり Mascot  
みっちゃん

### <石綿健康相談事業>

クリップ留めしている

- ・CT 受診券
- ・CD-R(胸部 X 線画像)
- ・検診結果
- ・問診票コピー

### <肺がん検診の結果が精密検査の方の送付書類>

クリップ留めしている

- ・肺がん検診要精密検査おすすめ文
- ・肺がん検診要精密検査依頼書兼回答書
- ・茶色い封筒(医療機関宛)

受診の際は、必ず指定医療機関へ電話で CT 検査のご予約が必要です。  
 なお、ご予約の際は、CT 受診券に書いている「受診券番号」が必要となります。  
**★注意★有効期限内に早めに受診してください！**  
**予約の際は、「石綿健康相談」とお申し出ください！**  
**※3月1日～3月31日は、受診期間対象外となりますので**  
**ご了承ください。**

【指定医療機関】いずれか1か所選んでください。重複での受診はできません。

病院名	住所	電話番号	予約受付
徳生病院 健診センター 予約係	西宮市弓場町5番37号	0798-34-0807	平日 8:30～16:30 土曜 8:30～11:30
明和病院 総合健診センター	西宮市上鳴尾町4番31号	0798-47-1767	平日 8:30～17:00
兵庫医科大学 健康医学クリニック	西宮市池間町3番24号	0120-682-701	平日 13:00～16:00

※地図は裏面をご覧ください。

※送付書類をご持参の上、ご予約されたお日にちに、指定医療機関をご受診ください。

精密検査の指定医療機関は、特に指定はありませんが、アスベスト健康相談と併せて受診されることをおすすめします。  
 受診の際には、おすすめ文の注意事項をご確認いただき、ご受診ください。

問い合わせ

西宮市保健所健康増進課 成人保健チーム

0798-35-3127



① 養生病院



② 明和病院 総合健診センター



③ 兵庫医科大学 健康医学クリニック



## 石綿（アスベスト）健康相談試行調査事業 同意書

### <目的>

この事業は、肺がん検診を受診される方のうち、石綿ばく露の不安があり、下記について同意いただける方に対して早期発見・治療・不安軽減のためにCT検査や保健指導等を行う試行調査事業で、西宮市が環境省の委託を受けて実施するものです。ただし石綿管理手帳を取得している、石綿障害予防施行規則により職場等で石綿に関する特殊検診を受診できる方、石綿関連疾患で医療機関を受診している方は、継続的に石綿関連疾患に係る健康管理が行われているため対象外となります。

### <説明を受けて同意した項目の□に✓点をつけてください>

- 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らないこと
- 健康管理により、石綿関連疾患を早期発見できた場合でも、今後の改善につながるとは限らないこと
- CT検査には放射線被曝によるリスクがあること
- 参加は同意者本人の自由意志によるものであること
- 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
- 調査実施期間は平成27年度から概ね5年間を予定しており、その間西宮市より必要に応じて、健康状態等を確認するための電話や毎年の肺がん検診の受診勧奨、また市の事業のご案内などを送付することがあること
- 調査実施期間は平成27年度から概ね5年間を予定しているが、5年を待たずに事業を終了する可能性があること
- CT検査は指定医療機関で受けること
- 呼吸器などの症状が現れた場合は、検診結果に関わらず、速やかに医療機関を受診すること
- 石綿関連疾患を確定するのに必要な場合の精密検査については、精密検査委託医療機関で受けること
- 当事業で公費負担するのは、CT検査費用、石綿関連疾患を確定するのに必要な場合の精密検査費用であること
- 読影の結果、医療が必要となった場合、市が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること
- 転居・病気等で調査に参加できず音信不通になった場合、西宮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りますこと
- 調査結果を公表する場合、個人が特定できないような形式で公表すること
- 個人情報西宮市において適正に管理・保管し、環境省、独立行政法人環境保全機構またはその委託を受けたものが調査または法令上の措置に必要な範囲で共同利用すること

西宮市長殿

平成 年 月 日

私は西宮市が実施する石綿（アスベスト）健康相談試行調査事業の目的を理解するとともに、

上記の事項を確認のうえ同意します。

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

※氏名を記載し、押印することによって、署名することができます。

## 石綿(アスベスト)健康相談試行調査事業問診票

※太枠のみ記載して下さい。

受診日	カルテNO	ファイルNO	すこやか番号
フリガナ	生年月日		明・大・昭・平 年 月 日 歳(満 歳)
氏名			
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、同上と記載して下さい。			
住民票の住所地			

この健康リスク調査を受けるのは初めてである⇒1~12の間診項目について回答してください

この健康リスク調査を過去に受けたことがある⇒2・3・4・5・6・7の間診項目について回答してください

あてはまる口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下さい。)</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"/>ある      ①いつ頃から( )</p> <p style="padding-left: 20px;">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"/>肺結核菌感染症</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"/>肺結核菌感染症</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"/> 肺結核菌感染症	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"/> 肺結核菌感染症	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"/> 肺結核菌感染症	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"/> 肺結核菌感染症	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)  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)  なし

(3)  わからない( ) )

---

**5. 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( ) )

---

**6. 胸部X線検査受診の有無**  無  有 : 時期( 年 月ごろ)・医療機関名( ) )

(1年程度前まで) 結果  特になし  通院している(疾患名 ) )

---

**7. 胸部CT検査受診の有無**  無  有 : 時期( 年 月ごろ)・医療機関名( ) )

(1年程度前まで) 結果  特になし  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。**

**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、県〇市〇町〇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、〇〇県〇〇市△△町〇-〇に居住していたが、〇〇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。（住所は〇〇市までしか分からないが、家は●●小学校の北側で■■川の真横にあった。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		

**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、〇県〇市〇町〇番地〇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. 本人の履歴を記載してください。**

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

就業歴	あり ・ なし	調査
-----	---------	----

●就業歴が「あり」の場合は、下記に履歴を、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。

※ 企業名は覚えていない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 〇県〇市〇町〇番地〇	仕事の内容	この期間で石綿を 使っていたと認め られる期間	問診者チェック欄 (⑧⑦以外は複数選択可)						
				① 職種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 取扱 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 取付 部屋	⑦ 労務 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										

石綿に関して過算 年 月

**12. 家族の履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。

※ 家族の就業歴があり、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	同居していた期間 S・H 年 月 - 年 月	会社名 所在地 〇〇建設 〇県〇市〇町〇番地〇	仕事の内容	この期間で石綿を 使っていたと認められる 期間	問診者チェック欄 (⑧⑦以外は複数選択可)						
※ 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。											
(例)	S・H 年 月 - 年 月	〇〇建設 〇県〇市〇町〇番地〇	石綿吹き付け作業		① 職種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 取扱 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 取付 部屋	⑦ 労務 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										

続柄 石綿に関して過算 年 月

続柄 石綿に関して過算 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)**

<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～	年(通算) 年(通算)	年) 年)
<input type="checkbox"/> 10. いずれもない			
<input type="checkbox"/> 11. わからない			

職種に関するチェック項目

【①職種】

- |  |  |
|--|--|
| 1 鉱業   | 4 電気・ガス・熱供給・水道業                          |
| 11 <input type="checkbox"/> 石炭鉱業                 | 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"/> 石炭含有製品を取り扱う作業        | 44 <input type="checkbox"/> 熱供給業         |
| 22 <input type="checkbox"/> 石炭含有製品の運搬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 <input type="checkbox"/> 石炭製品製造業              | 52 <input type="checkbox"/> 道路貨物運送業      |
| 31 <input type="checkbox"/> 清濁製造業                | 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・陶製品製造業          | 61 <input type="checkbox"/> 医療業          |
| 342 <input type="checkbox"/> セメント・陶製品製造業         | 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・陶磁器製品製造業        | 72 <input type="checkbox"/> 自動車整備業       |
| 35 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業                  | 73 <input type="checkbox"/> 機械等修繕業       |
| 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・鉛などの鉱・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"/> 石炭鉱山での作業、石炭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"/> 石炭や石炭含有製品等の吹きつけ・貼りつけ作業             | 20 <input type="checkbox"/> 吹きつけ石炭のある部屋・建物・倉庫等での作業<br>(船員 その他) |
| 3 <input type="checkbox"/> 石炭原産地または石炭製品の運搬・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・蒸気関連作業               | 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"/> 建設現場の作業(建設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、石炭含有製品等)              | 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"/> 農業、パームキューライト等を取り扱う作業               |
| 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"/> 断熱(耐火)層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"/> 金属の製造・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"/> その他の石炭に関連する作業                      |
| 16 <input type="checkbox"/> 石油精製工場、化学工場内の精製・製造作業や<br>配管修理等の作業 | 34 <input type="checkbox"/> タルク等石炭含有物を使用する作業                   |
| 17 <input type="checkbox"/> 清浄工場または廃棄物の収集・運搬・中間処理・処分作業        | 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 社事で取り扱った材料・製品】

- 1  石棉繊維(わた・繊維)
- 2  石棉吹きつけ材
- 3  石棉フェルト
- 4  石棉保温材・煙突材
- 5  石棉含有屋根材、スレート
- 6  石棉紙
- 7  石棉セメント管・石棉パイプ
- 8  石棉含有ボード(外壁材・内装材)
- 9  石棉パッキング・ガスケット
- 10  石棉織物・布・ひも・テープ・リボンなど
- 11  石棉含有塗料、石棉含有シーリング材、石棉含有接着剤
- 12  石棉含有屋根材(プレーキパッドなど)
- 13  その他の石棉製品
- 14  いずれもない
- 15  わからない

【④ 現場のそばでの作業の有無】

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

【⑤ 社事で職業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 現場に吹き付け石棉の部屋の有無】

- 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

西宮市石綿(アスベスト)健康相談試行調査事業記録票

フリガナ		所在地	〒	番	号	番
氏名		性別	男	女	不明	
住所		電話番号	( )	-		

相談記録内容	健康				評価		健康				評価		
	増	減	変	不	なし	不適	増	減	変	不	なし	不適	
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 胸膜ブランク (胸水貯留の陰性結果)	<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"/>	
④ 肺野の陰影影	<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"/>	
⑤ 肺野の陰影状陰影	<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"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
撮影日 (撮影機)				年	月	日	撮影日 (撮影機)				年	月	日

相談記録内容	健康				評価		健康				評価		
	増	減	変	不	なし	不適	増	減	変	不	なし	不適	
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 胸膜ブランク (胸水貯留の陰性結果)	<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"/>	
④ 胸膜陰影(中央型)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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 肺野の陰影影	<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"/>	
⑥ 肺野の陰影影が認められた場合の分類結果 - 陰影下葉縁陰影	<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"/>	
- 外周中心性陰影影	<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"/>	
- リラックス陰影影	<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"/>	
- 線状影	<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"/>	
- 線状影内葉陰影	<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"/>	
⑦ 円形陰影影	<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"/>	
⑧ 肺野の陰影状陰影(塊がん等)	<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 1cm以上の腫大	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑩ 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"/>	
※評価不能は、症状不良や検査条件が悪い場合にチェックしてください。☐ ※胸膜や肺野陰影は「その他所見」にチェックしてください。													
⑪ びまん性胸膜肥厚、肺野の陰影影の所見(疑いを含む)が確認された場合の分類上の健康	強く疑う				疑う	可能性が低い	他の原因である可能性が高い						
⑫ 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"/>	
⑬ 肺野の陰影影	<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"/>	
撮影日 (撮影機)				年	月	日	撮影日 (撮影機)				年	月	日

検査結果	①② 胸水貯留	③④ 胸膜陰影(中央型)疑い	⑤⑥ 肺野の陰影状陰影(塊がん等)
	⑦⑧ 胸膜ブランク (胸水貯留の陰性結果)	⑨⑩ 肺野の陰影	⑪⑫ 1cm以上の腫大
	⑬⑭ びまん性胸膜肥厚	⑮⑯ 円形陰影影	⑰⑱ その他所見
備考	1. 石綿関連所見なし 2. 石綿関連所見あり		

撮影日(☐)撮影日( ) 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

生年月日 明・大・昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

TEL \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

健 診 記 録		
年 月 日	健 診 会 場	結 果

## 中 京 西

# 受診カード (アスベスト)

☆毎年健診を受けましょう☆

あなたは、過去に石棉ばく露を受けた可能性があるため、肺がんや中皮腫などに気をつける必要があります。

禁煙するとともに、毎年、欠かさずに肺がん検診を受診することをお勧めします。また、咳などの症状が出た場合は、早めに医療機関を受診しましょう。

### 検診機関・医療機関へお願い

この方は、アスベストに曝露した可能性があるため、アスベスト関連疾患に配慮した健診をよろしくお願いします。

### 石綿(アスベスト)精密検査のおすすめ

今回、受診されました石綿(アスベスト)健康相談試行調査事業の結果、石綿関連所見があり、さらに詳しく検査する必要があります。精密検査の委託医療機関は、兵庫医科大学病院です。ぜひ早めの精密検査をおすすめします。

精密検査にかかる費用は、健康保険等が適用されますので、受診の際には健康保険証等を忘れずにお持ちください。なお委託医療機関(兵庫医科大学病院)で一定期間内に精密検査を受診したときのみ、石綿関連疾患の確定に必要な精密検査の自己負担分を公費で負担します。

#### 【精密検査委託医療機関】

兵庫医科大学病院 中皮腫・アスベスト疾患センター (8号館4階)

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号

TEL: 0798-45-6061

受付時間: 月曜日～金曜日(祝祭日および11月22日(創立記念日)はお休みです)

午後3時00分～午後4時30分

#### 【持ち物】

紹介状一式、健康保険証、CD-R(肺がん検診受診者のみ)

#### 【お問い合わせ先】

西宮市保健所 健康増進課 成人保健チーム

0798-35-3127

**西宮市 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査  
精密検査依頼書兼回答書**

平成 年 月 日に実施の石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査で、下記の方に精密検査が必要となりました。

ご多忙中恐縮ですが、ご高診の程よろしくお願いたします。

記

氏名	
生年月日	丁・三 年 月 日
一次医療機関名	

**(回答)** 切り離さずこのままご返送ください。

受付年月日	平成 年 月 日	医療機関コード							
精密検査 医療機関名	兵庫医科大学病院 区 名								
検査内容	1.胸部 CT (造影) 2.胸部線検査 3.気管支ファイバースコープ 4.経気管支肺生検 5.経皮生検 6.胸水一般検査 7.病理組織診断 8.細胞診断 9.腫瘍マーカー								
診断名	※石綿関連疾患による 1.中皮腫 2.肺がん 3.石綿肺 4.びまん性胸膜肥厚 5.慢性石棉肺 ※石綿関連疾患以外 6.その他 ( )								
備考									
判定 (○を記入)	1.異常なし 2.要治療 3.要経過観察 4.その他 ( )								

あて先 〒662-0913 西宮市染殿町8-3 西宮健康開発センター内  
西宮市健康増進課 電話0798-35-3127