

[芦屋市]

- ・ 試行調査の募集チラシ・案内文書等
- ・ 申込書
- ・ 同意書
- ・ 質問表（新規・継続）
- ・ 参加者への受診結果報告様式
- ・ 受診カード

平成29年6月2日

アスベスト試行調査協力者の皆様へ

芦屋市保健センター

アスベスト試行調査への継続受診のご協力をお願い

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

芦屋市が実施しているアスベスト試行調査にご協力いただきありがとうございます。ご説明させていただいた通り、今年度も引き続き、標記調査を実施することとなりました。

この調査は、環境省が実施を検討している、石綿ばく露により健康に不安を感じる方の不安軽減のため、『石綿健康相談（仮称）』の実施を見据えたモデル事業です。本試行調査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・対象者の考え方・検査頻度・事業に要する費用等の課題について、調査検討を行うものです。

調査の趣旨をご理解の上、継続した調査にご協力をいただきたく、ご案内をお送りいたしますので、継続受診の可否についてご回答の程よろしくお願いいたします。

また環境省より、平成27・28年度アスベスト試行調査参加の皆様へ、不安の変化に関するアンケートの依頼がありましたので、同封（水色の封筒）しております。あわせてご回答と返送をお願いいたします。

	アスベスト試行調査の継続受診回答	環境省アンケート（水色の封筒）
1.返送書類	・継続受診の可否についての回答書 ・問診票（CT検査を希望の場合）	・「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」の不安の変化に関するアンケート
2.返送方法	芦屋市保健センター宛での封筒に必要な書類を封入してください。	医療法人こころとからだの元氣プラザ宛での封筒に、上記アンケートを封入してください
3.返信・問い合わせ先	芦屋市保健センター 芦屋市武川町14-9 電話 0797-31-1586 担当：鍋田・広幹	医療法人こころとからだの元氣プラザ 東京都千代田区九段南3丁目9-11 プリンテックス株式会社気付 電話 0120-992-912 (フリーコール)
4.返送期限	平成29年6月30日（金）	

## 平成29年度石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査について

試行調査の実施内容とともに、注意事項についてご説明いたします。  
ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

### ○ 同封の書類等

- ・ 試行調査への継続受診のご協力のお願い
- ・ 平成29年度石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査について（本紙）
- ・ 継続受診の可否についての回答用紙
- ・ 平成29年度芦屋市石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査継続問診票
- ・ 返信用封筒（芦屋市保健センター宛て 緑色）

### ○ 調査の実施内容

- (1) 継続受診の可否について回答いただくとともに、CT検査を希望のかたについては、お送りした問診票にご記入いただき、返信用封筒にて返送してください。（CT検査以外の検査をご希望の場合は、検査当日に問診票をお渡しいたします。）

なお、事情により、継続受診が困難なかたについても理由を添えてその旨ご回答ください。

※ CT検査は『初年度のみ』としておりましたが、『原則初年度のみ』に変更しましたので、継続受診いただける場合、検査方法の希望についてもご回答ください。

- (2) 検査を受けていただく方に、担当者から電話連絡させていただきます。  
ご希望の検査の予約日を決定させていただき、予約された検査を受診します。

- (3) この調査で実施の検査結果については、芦屋市からお知らせいたします。  
また、必要に応じて結果の説明・保健指導も行います。

※ 検査の結果、石綿健康被害救済法等の対象疾病となった方や、医療の必要があると判断された方は調査終了となります。

- (4) 簡単なアンケートに回答いただきます。

平成29年度石棉ばく露者の健康管理に係る試行調査について、

1または2のいずれかに○をつけてください。また、該当する□に☑を記載ください。

1. 受診します。

※問診票の提出をお願いいたします。

【受診方法】

アスベスト検診（胸部レントゲン検査）

CT検査

2. 受診しません。

【理由】

病気になった（病名 \_\_\_\_\_）

転出した・転出予定（転出先市区町村名 \_\_\_\_\_）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 芦屋市 \_\_\_\_\_ 町 番 号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

足間に連絡のつく電話番号を記載してください。

## アスベスト検診は一年に一回受診しましょう

アスベストが原因となる病気は、発症まで数年～数十年と自覚症状がない期間が長いことから、一度きりではなく、毎年アスベスト検診を受けることが大切です。

### 平成 29 年度 アスベスト検診

- ◇ 日時：毎月第 4 水曜日  
(6・12 月は第 3, 1 月は第 5)  
13:00～13:30【予約制】
- ◇ 場所：保健センター
- ◇ 内容：問診、胸部レントゲン ◇ 費用：無料  
【問合せ・予約】TEL 0797-31-1666(保健センター)  
※お電話はお掛け間違いのないようにお願いします。

#### < お知らせ >

☆アスベストが原因となる病気は、胸部レントゲン撮影（肺がん検診、またはアスベスト検診）を毎年受診することが大切です。なお、アスベスト検診ではアスベストが原因の病気を見つけやすくなっています。

☆平成 27 年度から、環境省の「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。健診カードをお持ちの方は対象になります。胸部レントゲンに加えて、初回は胸部 CT 検査を無料で受けていただくことができます。

(詳細は 5 月 1 日号広報あしや、または芦屋市ホームページ参照)  
ご希望の方は、上記保健センターまでご連絡ください。

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査をご希望される方へ

このたびは試行調査への参加希望をいただきありがとうございます。

試行調査にご参加いただくにあたり、下記の書類をお送りします。

ご確認のうえ、ご案内しております間診日に保健センターへお越しいただきますよう、お願いいたします。

<送付書類>

1 環境省 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査説明書

この調査は環境省からの委託を受けて、芦屋市が実施するものです。

環境省 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査説明書をよくお読みください。

2 問診票

石綿ばく露の状況について確認するためのものです。

可能な限り、ご記入いただき間診日にご持参ください。

3 同意書

間診日に説明させていただきますので、間診日にご持参ください。

<間診日のご案内>

日 時：平成29年 月 日 ( ) AM : ~  
PM : ~

※ 30分程度の予定です。

場 所：芦屋市保健センター

芦屋市呉川町14-9 芦屋市保健福祉センター3階

持ち物：同封の 問診票・同意書

問い合わせ・連絡先

芦屋市保健センター

TEL0797-31-1586

担当：鍋田、廣村

## 試行調査に参加された方へ

### 環境省 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査説明書

#### 1. 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査とは

石綿健康相談（仮称）の実施を見据えたモデル事業である。本試行調査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・対象者の考え方・検査頻度・事業に要する費用等の課題について調査検討を行うものです。

#### 2. 調査対象者

石綿ばく露による健康不安をお持ちの芦屋市民で、本調査の内容を理解し、調査の協力に同意する方

#### 3. 調査について

##### (1) 調査における検査の内容

検査は以下の流れで年1回行い、原則参加初年度の検査は、市立芦屋病院で実施します。なお2年目以降の検査は、保健センターのアスベスト検診（毎月第4水曜日）または肺がん検診を受診していただきます。ご希望の場合は市立芦屋病院での胸部CT検査も可能です。

##### 検査の流れ

###### 問診・同意確認

職歴や居住歴や通学歴などの石綿のばく露歴の可能性について確認します。

###### 胸部エックス線検査及び胸部CT検査

石綿のばく露歴の可能性が確認された場合は、胸部エックス線検査及び胸部CT検査を実施します。

###### 結果の通知及び保健指導

実施した検査の結果を通知します。  
また、必要に応じて保健指導も行います。

##### (2年目以降)

###### アスベスト検診または肺がん検診

###### あるいは、胸部エックス線検査及び胸部CT検査

検診のご案内を送付しますので、受診してください。

###### 結果の通知及び保健指導

実施した検診の結果を通知します。  
また、希望者には保健指導も行います。

## (2) 本調査に参加することのメリット・デメリット

### 1) 参加のメリット

本調査に参加することにより、ご自身の健康状態を確認し、健康管理に役立てる機会とするとともに、中皮腫等の石綿関連疾患を早期に発見できる可能性があります。また、がんを早期発見することにより、そのがんの早期治療につなげることが可能となります。

また、石綿関連疾患以外につきましても治療を要する病気の可能性のある所見が見つかることがあります。このような場合は、検査の結果とともに医療機関の精密検査や受診を勧める通知をします。

また、調査に参加していただきますと、5年間検診のご案内を毎年個別に郵送いたします。また、調査に参加された初年度に毎年の結果を自己管理していただくための健診結果記録カードをお渡しいたします。なお、この記録カードは労働安全衛生法の健康管理手帳ではございませんのでご注意ください。

### 2) 参加のデメリットと留意点

本調査では胸部エックス線検査、胸部CT検査を実施するため、放射線被ばくによりがんの誘発や遺伝的影響があることも、極めて低い確率ではありますが、否定することはできません。

また、検査によって中皮腫等の石綿関連疾患やその他の疾患を必ず発見できるとは限りませんし、検査は胸部のみで他の部位の検査は行いません。

また、本来生命状態に影響しない、微小でその後も進行がんにはならない腫瘍を見つけて治療することや精密検査を受けてもがんがない場合などの結果的に不必要な治療や検査を招く可能性があります。

## (3) 検査結果及び保健指導について

検査の結果については、戸屋市から結果を通知します。

また、必要に応じて保健指導も行います。

### ○医療の必要があるとされた方

調査終了となりますので、すみやかに医療機関で精密検査、または、受診をし、医師の指示に従ってください。なお、医療機関で受診された診断経過については調査に必要な範囲で医療機関に照会することがあります。

平成31年度まで、毎年、継続して調査に参加していただき健康状況の経過等を確認することが重要な調査です。継続した受診のご協力よろしくをお願いいたします。

## (4) 受診できなくなった方への現況確認及び調査終了後の追加調査について

遠方への転居や病気で医療機関へ通院しているなどの理由により、調査に参加できなくなった方に対して、アンケートや電話などにより、調査の実施期間中は、その後の健康状況等を確認させていただくことがありますので、ご協力よろしくをお願いいたします。

また、調査に参加できず音信不通になった場合、調査実施自治体等から居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録等の行政が保有する情報を利用して確認する場合があります。

なお、本調査は5年間で、調査結果を報告し調査終了となる予定ですが、その後も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りますので、その際にはご協力をお願いいたします。

#### (5) 個人情報の管理・利用

本調査で得られた個人情報については、芦屋市において平成31年度(予定)までの調査期間中及び調査終了後も芦屋市個人情報保護条例を遵守し、プライバシーの保護に努めます。また、環境省が調査に必要な範囲で共同利用します。

#### (6) 調査実施にあたっての倫理的配慮

本調査の参加は本人の自由意思に委ねられています。調査に協力しなくても何ら不利益は被りません。問診日に同意書に署名をいただいた方のみを調査対象といたします。

なお、同意書は随時撤回可能です。

#### (7) 調査結果等について

また、毎年の調査結果を環境省へ報告し、環境省で単年度毎の調査結果の報告書を個人が特定できないような形式で作成し公表します。

## (アスベスト) について

### 石綿とは

石綿は、天然にできた鉱物繊維で、わが国で使用された代表的な石綿は、白石綿（クリンタイル）と茶石綿（アモサイト）、青石綿（クロシドライト）です。

石綿は、極めて細い繊維で、熱、摩擦、酸やアルカリにも強く、丈夫で変化しにくいという特性を持っていることから、建材（吹き付け材、保温・断熱材、スレート材など）、摩擦材（自動車のブレーキライニングやブレーキパッドなど）、シール断熱材（石綿紡織品、ガスケットなど）といった様々な工業製品に使用されてきました。

しかし、石綿は肺がんや中皮腫を発症する発がん性が問題となり、現在では、原則として製造・使用等が禁止されています。

### 石綿ばく露の機会

石綿にばく露の機会は職業性のものが最も多いとされています。

職業性石綿ばく露には、直接的なばく露もあれば間接的なばく露もあります。直接的な職業ばく露とは、石綿製品製造工場、断熱作業などで直接石綿や石綿を含有する製品を製造・取り扱うことによるばく露であり、間接的な職業ばく露とは、直接石綿を取り扱うことはないが、石綿を取り扱う現場で作業をすることによって石綿ばく露を受けることを指します。

職業ばく露以外には、家庭内ばく露として、石綿工場に働く夫の作業衣を洗濯することによりばく露を受ける妻や、空になった石綿袋を家に持ち帰り、子供がそれで遊んだりすることによるばく露や家で石綿含有シートを切断するなどの作業を行うことによるばく露もあります。

また、石綿製品製造工場や石綿の吹き付け事務室等などに入出入りすることのばく露や石綿鉱山および石綿製品製造工場などの近隣住民でのばく露が報告されています。

### 石綿による健康障害

石綿は、ヒトの髪の毛の直径よりも非常に細く、肉眼では見ることはできない極めて細い繊維からなっています。そのため、飛散すると空気中に浮遊しやすく、吸入されてヒトの肺胞に沈着しやすい特徴があります。吸い込んだ石綿の一部は異物として痰の中に混ざり体外へ排出されます。

しかし、石綿繊維は丈夫で変化しにくい性質のため、肺の組織内に長く滞留することになります。この体内に滞留した石綿が要因となって、肺の線維化やがんの一種である肺がん、悪性中皮腫などの病気を引き起こすことがあります。

## 本調査で確認している石棉関連所見及び所見の説明

### ●胸水貯留

胸腔内に体液が貯留することであり、石棉以外の様々な原因によっても生じます。症状は、呼吸困難や胸痛といった自覚症状で気づくこともあれば、自覚症状がなく、胸部エックス線検査で見つかることもあります。

### ●胸膜プラーク

石棉ばく露開始からおおむね15～30年以上を経て、認められるようになり、胸膜プラークは過去に石棉のばく露があったことを示す重要な医学的所見です。胸膜プラークは、壁側胸膜に生じる限局的な線維性の肥厚のことで、それ自体では疾病ではなく、通常、肺機能の低下は起こりません。徐々に石灰化が進行することもあります。

### ●びまん性胸膜肥厚

臓側胸膜（肺を覆う膜）の慢性線維性胸膜炎の状態であり、結核性胸膜炎など石棉以外の様々な原因によっても生じます。症状は、咳、痰、呼吸困難、反復性の胸痛、反復性の呼吸器感染等がみられます。

### ●中皮腫（胸膜腫瘍疑い）

中皮腫は、肺を取り囲む胸膜、肝臓や胃などの臓器を囲む腹膜、心臓及び大血管の起始部を覆う心膜、精巣鞘膜にできる悪性の腫瘍です。発症頻度は胸膜原発のものが最も多く、次いで、腹膜であり、心膜や精巣鞘膜の中皮腫は非常にまれです。中皮腫のほとんどは石棉ばく露が関与しています。

石棉ばく露から発症までの潜伏期間の多くは40年前後と非常に長い疾患です。中皮腫の発生の危険は石棉の累積ばく露量が多いほど高くなります。胸膜中皮腫は、息切れ、胸痛が多くみられますが、症状がなく胸部エックス線検査で胸水貯留を偶然発見されることもあります。そのほか、咳、発熱、全身倦怠感、体重減少などもみられます。

### ●肺野の間質影

肺の線維化等により（胸膜下曲線様陰影、小葉中心性粒状影、すりガラス様陰影、網状影など）の肺に異常陰影がみられる状態であり、石棉以外の様々な原因によっても生じます。

### ●円形無気肺

円形もしくは類円形を呈する直径2.5～5 cm大の末梢性の無気肺であり、臓側胸膜の病変が主体で、石棉ばく露が原因で良性石棉胸水後に発生する場合があります。

### ●肺がん（肺野の腫瘤状陰影）

原発性肺がんは気管支あるいは肺胞を覆う上皮に発生する悪性の腫瘍です。中皮腫と異なり、喫煙をはじめとして石棉以外の多くの原因で発生します。肺

がんは、咳、痰、血痰といった症状がよくみられますが、無症状で胸部エックス線や胸部 CT 検査の異常として発見される例も存在します。

●リンパ節の腫大

リンパ節が腫大した状態。感染症や他の炎症性疾患、原発性あるいは転移性腫瘍などでみられます。

注 1 本調査で確認する所見は、必ずしも石棉を原因とするものではありません。

注 2 本調査では画像及び問診から医学的所見の確認をしているもので、診断を行うものではありません。

## 平成29年度芦屋市における石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査問診票

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ		生年月日	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。

1.	この試行調査を受ける理由はなんですか。
	(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。
	(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。)
	(3) <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた。
	(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。
	(5) <input type="checkbox"/> 石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。
	(6) <input type="checkbox"/> その他(他に受診理由があれば記載して下さい。)
	( )
2.	現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。
	(1) <input type="checkbox"/> ある
	①いつ頃から( )
	②治療した病院名( )
	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"/> 肺炎腫                      10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気( )
	2 <input type="checkbox"/> 肺結核性胸膜炎                      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
	(2) <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治療した病院名( )
	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"/> 肺炎腫                      10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気( )
	2 <input type="checkbox"/> 肺結核性胸膜炎                      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) <input type="checkbox"/> なし
3.	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"/> なし

4. 家族で石棉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 ・ 石棉肺 ・ 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. その他石棉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



1.1. 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経験等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。

履歴あり	あり	なし	不明
------	----	----	----

※履歴書が「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、○の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○○」と記載してください。

仕事した時期	企業名 所在地	仕事の内容	この履歴で石綿を 使っていたと思われる 時期	調査者チェック欄 (※○以外は無記入可)						
①年 ②月 - ③年 ④月	○市○区○町○番地○	石綿吹き付け作業		① 現場	② 内容	③ 取扱 材料	④ 設備 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 呼吸 器保護	⑦ 測定 結果
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										
①年 ②月 - ③年 ④月										

石綿に関して調査 年 月

1.2. 家族の履歴を記載してください。

自分が家屋と同棲していた時、自分以外の家族の内の誰かが屋についておられ、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。  
 ※家族の履歴書があり、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「履歴内容が不明」と記載してください。

続柄	同居していた期間	会社名 所在地	仕事の内容	この履歴で石綿を 使っていたと思われる 時期	調査者チェック欄 (※○以外は無記入可)						
①姓 ②名	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月	○市○区○町○番地○	石綿吹き付け作業		① 現場	② 内容	③ 取扱 材料	④ 設備 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 呼吸 器保護	⑦ 測定 結果
①姓 ②名	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月	○市○区○町○番地○	石綿吹き付け作業								
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										
	③年 ④月 - ⑤年 ⑥月										

※ 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。

続柄 石綿に関して調査 年 月  
 続柄 石綿に関して調査 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. 石棉製品の製造加工作業や内職が自宅であった。	年～	年(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 2. 家族が石棉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(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 3. 家庭で石棉製品を使って目隠し大工等をしたことがある。	年～	年(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 4. 石棉工場・鉱山の近くに住んでいたたり、通っていたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 5. 造船所の近くに住んでいたたり、通っていたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 6. 建築材料の置場の近くに住んでいたたり、通っていたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 7. 自動車修理工場の近くに住んでいたたり、通っていたことがある。 (都道府県名・市町村名)	年～	年(過算)	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(過算)	年)
<input type="checkbox"/> 9. 吹きつけ石棉のある建物の部屋で、過ごしたことがある	年～ 年～	年(過算) 年(過算)	年) 年)
<input type="checkbox"/> 10. いずれもない			
<input type="checkbox"/> 11. わからない			

14. 今までにかかった病気(既往歴)に○印と年齢、その受診状況に□に◎印をお付けください

病名	年齢	受診	治療	経過	病名	年齢	受診	治療	経過
① 肝臓病		□	□	□	② 結核		□	□	□
③ がん		□	□	□	③ その他		□	□	□
④ なし					病名	[			]

15. あなたの血縁者でがんにかかった人がいますか(なくなった方を含みます)  
あれば○印と部位をご記入ください。

①父 ②母 ③祖父 ④祖母 ⑤兄 ⑥弟 ⑦姉 ⑧妹  
部位【

①父 ②母 ③祖父 ④祖母 ⑤兄 ⑥弟 ⑦姉 ⑧妹  
部位【

16. 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性について

あり なし

平成29年度芦屋市石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査継続問診票

記載日:平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳(満 歳)	
氏名				
現住所	〒 ー 芦屋市 町 番 号	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が異なる場合、下記に記載して下さい。両に場合は、同上と記載して下さい。				
住民票の住所地				

あてはまる口印を付け、( )に必要事項を記載してください。

1. この試行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や自営大工をしていた。  
 (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(他に受診理由があれば記載してください。)  
 ( )

2. 現在、何か呼吸器の症状がありますか。

(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)  なし

3. 現在、肺の病気で病院へ通院していますか。

(1)  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治療している病院名( )  
 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  肺炎                      10  その他の呼吸器の病気( )  
 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

(2)  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治療していた病院名( )  
 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  肺炎                      10  その他の呼吸器の病気( )  
 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

(3)  前回の問診以降、通院していない。

4. 前回の試行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、職場健診等を記す

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種が( )

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) 普段は吸わないが種に吸うことがある。

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。種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。

8. 今までにかかった病気(居住歴)に○印と年齢、その受診状況に□に○印をお付けください

年齢	治療中	治療	放置	年齢	治療中	治療	放置
①肝臓病( )歳頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②結核 ( )歳頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③がん ( )歳頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④その他 ( )歳頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤なし				病名( )			

9. あなたの血縁者でがんにかかった人がいますか(なくなった方を含む)あれば○印と部位をご記入ください。

①父 ②母 ③祖父 ④祖母 ⑤兄 ⑥弟 ⑦姉 ⑧妹

部位( )

①父 ②母 ③祖父 ④祖母 ⑤兄 ⑥弟 ⑦姉 ⑧妹

部位( )

10. 女性の方にお尋ねします。経帯の可塑性について

あり なし

## 同意書

戸屋市長 宛

平成 年 月 日

私は、戸屋市が実施する石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の目的を理解するとともに、以下の点について確認の上、5年間調査に協力することに同意します。

(理解した項目の□にレ点をつけて下さい)

- 医学的検査自体による放射線被ばくによるリスクがあること
- 各検査でそれぞれ特性により効果やリスクが異なること
- 中皮腫等の石綿関連疾患について、必ずしも臨床的に早期の段階で発見できるとは限らないこと
- 健康管理により、中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合でも、予後やの改善や寛治につながるとは限らないこと
- 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
- 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
- 個人情報は戸屋市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、医療者またはその委託を受けた者が、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
- 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
- 診断の結果、医療が必要となった場合、戸屋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、戸屋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、現状を確認する可能性があること
- 調査実施期間は、平成27年度から平成31年度までの5年間を予定しているが、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

(同意者)

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

平成29年度 戸田市 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 氏名等	フリガナ 氏名	(男・女) 生年月日 〒-市 年 月 日(歳)																																																																
	住所	戸田市	町	番	号																																																													
胸部X線 所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">病 疑</th> <th colspan="2">病 疑</th> <th rowspan="2">なし (正常範囲)</th> <th rowspan="2">評価不能</th> </tr> <tr> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 胸水貯留</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> </tr> <tr> <td>② 胸膜プラーク</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> </tr> <tr> <td>③ びまん性胸膜肥厚</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> </tr> <tr> <td>④ 肺野の閉塞影</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> </tr> <tr> <td>⑤ 肺野の腫瘍状陰影(肺がん等)</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> </tr> <tr> <td>⑥ その他</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> </tr> <tr> <td colspan="7">( )</td> </tr> </tbody> </table>						病 疑		病 疑		なし (正常範囲)	評価不能	右	左	右	左	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/>	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	④ 肺野の閉塞影	<input type="checkbox"/>	⑤ 肺野の腫瘍状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑥ その他	<input type="checkbox"/>	( )																																					
		病 疑		病 疑			なし (正常範囲)	評価不能																																																										
右		左	右	左																																																														
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 肺野の閉塞影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
⑤ 肺野の腫瘍状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
⑥ その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
( )																																																																		
※評価不能は呼吸不全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」にチェックしてください。																																																																		
肺がん検診 明 定	<input type="checkbox"/> 1. 異常認めず <input type="checkbox"/> 2. 有疑異常なし <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査(肺がん以外) <input type="checkbox"/> 4. 要精密検査(肺がん疑い)		病見コード																																																															
			部位コード																																																															
胸部CT 所 見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">病 疑</th> <th colspan="2">病 疑</th> <th rowspan="2">なし (正常範囲)</th> <th rowspan="2">評価不能</th> </tr> <tr> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 胸水貯留</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> </tr> <tr> <td>② 胸膜プラーク</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> </tr> <tr> <td>③ びまん性胸膜肥厚</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> </tr> <tr> <td>④ 胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</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> </tr> <tr> <td>⑤ 肺野の閉塞影</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> </tr> </tbody> </table>						病 疑		病 疑		なし (正常範囲)	評価不能	右	左	右	左	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/>	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	④ 胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	⑤ 肺野の閉塞影	<input type="checkbox"/>																																								
		病 疑		病 疑			なし (正常範囲)	評価不能																																																										
右		左	右	左																																																														
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(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
⑤ 肺野の閉塞影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">※肺野の閉塞影が見られた場合の分類項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- 胸膜下血腫様陰影</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> </tr> <tr> <td>- 小葉中心性粒状陰影</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> </tr> <tr> <td>- サリガラス様陰影</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> </tr> <tr> <td>- 網状陰影</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> </tr> <tr> <td>- 線条陰影</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> </tr> <tr> <td>- 肺実質内帯状陰影</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> </tr> </tbody> </table>							※肺野の閉塞影が見られた場合の分類項目							- 胸膜下血腫様陰影	<input type="checkbox"/>	- 小葉中心性粒状陰影	<input type="checkbox"/>	- サリガラス様陰影	<input type="checkbox"/>	- 網状陰影	<input type="checkbox"/>	- 線条陰影	<input type="checkbox"/>	- 肺実質内帯状陰影	<input type="checkbox"/>																																									
※肺野の閉塞影が見られた場合の分類項目																																																																		
- 胸膜下血腫様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
- 小葉中心性粒状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
- サリガラス様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
- 網状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
- 線条陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
- 肺実質内帯状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
石綿との 関 連	びまん性胸膜肥厚、肺野の閉塞影の所見(疑い含む)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																																																																	
	<input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 肺野の閉塞影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
石綿判定	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要精密(石綿関連) <input type="checkbox"/> 4. 要精密(その他)					詳細図																																																												
胸部X線所見及び胸部CT所見の総合判定記載事項：要精密検査にチェックされた場合は特に詳細に記入してください。																																																																		
石綿総合判定	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要精密(石綿関連) <input type="checkbox"/> 4. 要精密(その他)																																																																	
総合所見	<input type="checkbox"/> ①胸水貯留 <input type="checkbox"/> ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い <input type="checkbox"/> ⑤肺野の腫瘍状陰影(肺がん等)		<input type="checkbox"/> ②胸膜プラーク <input type="checkbox"/> ⑤肺野の閉塞影		<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"/> ⑥その他( )																																																													

上記のとおり報告します 平成 年 月 日

平成29年8月 日

様

芦屋市保健センター

### 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の検査結果について

この度は、本調査にご協力いただきありがとうございます。

つきましては、先日、受診していただきました本調査における胸部エックス線・胸部 CT 検査の結果についてお知らせいたします。

#### 検査の結果

○裏面「別記1」を参照

#### 今後の対応

○裏面「別記2」を参照

※本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明は別添「本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明」に記載しています。

#### **必ずお読みください**

本調査では胸部エックス線及び胸部 CT の画像から所見の確認をしていますので、所見は認められたが治療の必要がないとされた方及び所見が認められなかった方につきましても、本検査受診後、何かお体に異常を感じた場合は、すみやかに医療機関で受診してください。

なお、胸痛、呼吸困難などの症状があらわれた場合は、受診の際、必ず石綿ばく露歴があることを医師へ伝えてください。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石綿ばく露の両方を受けると、肺がんの危険性は相乗的に高くなることが知られています。喫煙も石綿ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石綿ばく露者は約5倍、喫煙をする石綿ばく露者は約50倍とする報告があります。肺がん発生の危険性を減らすためには、禁煙することが大切ですので、禁煙に努めてください。

**別記 1**

＜検査の結果について＞

- ・特に異常な所見は認められませんでした。

**別記 2**

＜今後の対応について＞

現在、特に異常な所見は認められません。

アスベストが原因となる病気は発症までに数年から数十年と言われています。これから毎年アスベスト検診を受診し、平成 31 年まで試行調査へも御協力をお願いいたします。

## 芦屋市

健診カード  
(アスベスト)

☆毎年健診を受けましょう☆

あなたは、アスベストを吸入した可能性がありますので、  
継続して健診を受けてください。咳など気になる自覚症状  
がある場合は医療機関の受診をお勧めします。

—— 検診機関・医療機関へお願い ——

この方は、アスベストにばく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ひします。

健診者コード										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

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

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

芦屋市

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行



健 診 記 録				備 考
回数	年	月	日	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

[加古川市]

- ・ 試行調査の募集チラシ・案内文書等
- ・ 同意書
- ・ 質問表
- ・ 参加者への受診結果報告様式
- ・ 保健指導で使用したチラシ等（添付省略）
- ・ 受診カード
- ・ 要精密検査者への文書（案内文・結果報告書・精密検査の自己負担分の交付申請書）





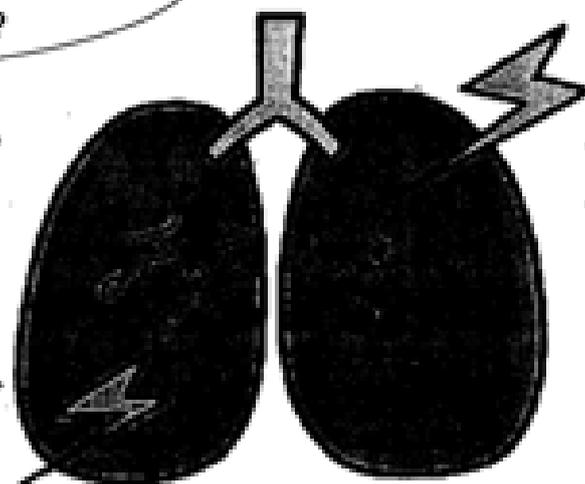


石綿にばく露した可能性がある方へ

加古川市

ご家族に、**肺がん**や**中皮腫**などで  
亡くなられた方はいませんか？

**息切れ、胸が苦しい**  
などの  
症状が出ていませんか？



その病気、その症状は

**アスベスト**

**石綿**が原因

かもしれませ

石綿による健康不安がある人を対象に施行調査を実施して  
います。内容は胸部CT検査、胸部X線検査等で検査にかか  
る自己負担額は **無料** です。

この機会に自分の健康状態を確認してみませんか。

※検査の対象者や実施方法などの課題を検討する調査です。

調査は平成31年度まで続きます。

# 石綿ばく露者健康管理調査

対象者	<p>加古川市に居住し、石綿による健康不安があり、本調査に同意する人 ※以下に該当する人は、対象ではありません。</p> <p>職場などで石綿に関する特殊健康診断を受けることができる 石綿関連疾患が原因で医療機関を受診している 同一年度内にアスベスト健診（胸部 X 線検査及びアスベストに関する問診）を受診している など</p>
調査内容	<p>問診 胸部 CT 検査及び胸部 X 線検査（肺がん検診） 保健指導</p> <p>※検査の対象者や実施方法などの課題を検討する試行調査です。 必要時、アンケートにお答えいただけます。（調査は平成31年度まで続きます）</p>
自己負担額	<b>無料</b> ※検査後、医療機関での精密検査及び治療は、保険診療となります。
定員	80名程度 <b>※定員に達し次第、締め切ります。</b>
受診機関	<p>①加古川総合保健センター（ウェルネージかこがわ） 加古川市加古川町藤原町 109-3 JR 加古川駅北へ徒歩約 2 分</p> <p>②加古川中央市民病院 加古川市加古川町本町 439 番地 JR 加古川駅西へ徒歩約 12 分</p>
申し込み	<p>加古川市役所健康課へ電話で調査を申し込む TEL (079) 427-9215 午前 8 時 30 分～午後 5 時 ※土 日 祝日、年末年始（12/29～1/3を除く）</p>

お知らせ

**胃がんリスク検査（ABC分類）**を実施しています！

対象を 18 歳以上に拡大！

血液検査により、ピロリ菌感染の有無と胃の悪酸化（ペプシノゲン検査）を調べ、胃がんになりやすいかどうかのリスク（危険度）を分類する検査です。検査にかかる自己負担額は 1,500 円です。

詳細につきましては、問合せ先までご連絡下さい。



問合せ：加古川市役所 健康課 TEL 079-427-9215



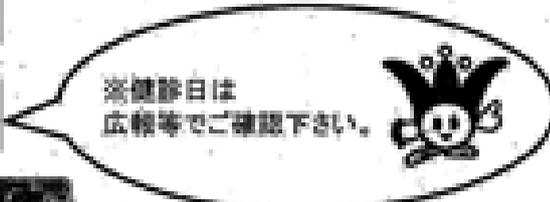

健診時間：9時30分～11時 ※定員は各日100名

日程	会場
平成30年 1月30日(火)	加古川西公民館
1月31日(水)	加古川北公民館
2月6日(火)	加古川総合文化センター

申込先：  
加古川総合保健センター  
TEL 079-429-2923  
受付開始日：11月15日(水)

加古川市-504  
対象事業

センター健診	加古川総合保健センター
--------	-------------



がん検診・特定検診・後期高齢者検診の自己負担額

項目	対象者 (年齢は平成30年10月31日現在)	自己負担額	内容
胃がんリスク検査 (ABC分類)	過去に胃がんリスク検査を受けたことのない 18歳以上	1,500円※	血液検査
胃がん(胃部X線)		1,000円※	バリウムを飲み胃部X線撮影
肺がん(胸部X線)		500円※ (胸部検査は 800円追加)	胸部X線撮影
大腸がん		500円※	便潜血検査
肝炎ウイルス	過去に肝炎ウイルス検診を受けたことのない 40歳以上	1,000円※	血液検査
前立腺がん	60歳以上の男性	1,500円	血液検査
骨粗しょう症	40歳以上	500円※	足の骨がとくに超音波をあて、骨強度測定
特定検診	加古川市国民健康保険加入者で30～74歳の方	無料	診察、身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査(コレステロール・血糖・肝機能・腎機能・尿酸)
後期高齢者検診	加古川市後期高齢者医療制度加入者		

※ 検診自己負担額の免除について(検診を受診する前に申請が必要です)  
 <対象者> 生活保護法による特別扶助受給または、市民税非課税世帯の方  
 <申請場所> 加古川市役所健康課、各市民センター、東加古川西公民館サービスプラザ  
 <その他> 転入・世帯員の異動などで、提出書類が必要な場合があります。

## 胃がんリスク検査(ABC分類)を実施しています!

血液検査により、ピロリ菌感染の有無と胃の萎縮度(ペプシゲン検査)を調べ、胃がんになりやすいかどうかのリスク(危険度)を分類する検査です。胃がんを見つける検査ではありません。ピロリ菌に感染している場合は、除菌することで、胃がんになるリスクを3分の1以下にできると言われています。

**【注意】** 朝食前、胃、十二指腸の病気で治療中の方や腎不全の方は、正しい結果が得られない可能性が高いので、検査を希望される場合は、主治医にご相談してください。

13歳以上から  
検査できます!



**無料**

## 石綿ばく露者健康管理調査事業

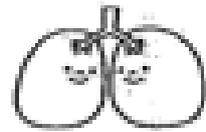
定員は80名程度です。

アスベスト(石綿)による健康不安がある人を対象に、胸部CT検査や肺がん検診、保健指導を実施しています。

この事業は、検査の対象者や実施方法等の課題を検討するための試行調査事業です。検査にかかる費用は無料です。

詳細につきましては、お問い合わせ先までご連絡下さい。

お問い合わせ:加古川市役所 健康課 TEL 079-427-9215



**必ずお読みください。**

- ・自覚症状のある方は医療機関を受診してください。
- ・がん検診の度に精密検査が必要となる方は、直接医療機関での検査・検診をお勧めします。
- ・検診後の精密検査及び治療は保険診療となります。
- ・治療・経過観察中の病気がある方は、検診受診について主治医にご相談ください。

加古川総合保健センターでは、巡回検診で受診できる項目のほかに、肺がん(胸部CT)・子宮がん・乳がん検診も実施しています。

なお、子宮がん検診は、協力医療機関での受診も可能です。(協力医療機関で受診される場合も、加古川総合保健センターへ申し込みが必要です。申し込み後、受診券を交付します。)

詳しい内容・日程などは、「健診ガイド(5月に各戸配布)」や「広報かこがわ」「ホームページ」をご覧ください。



市が指定する活動に参加するとポイントが付与される制度です。貯めたポイントは学校への寄付(図書推進費で随時受付)や市の特産品との交換(平成30年2月頃受付を予定)に使用できます。がん検診等には、検診ごとに100ポイントのウェルビーポイントが付与されます。ウェルビーカードをお持ちの方は会場へお持ち下さい。

**平成29年11月15日(水)から 加古川総合保健センターへ 電話予約**

**TEL 079-429-2923**

受付時間:午前8時30分~午後5時

●土・日・祝日、年末年始(12月29日~1月4日)を除く

・大腸がん検診予約の方には検査容器を郵送しますので、検査日の1週間前までにお申し込みください。

- ・申し込み以外のお問い合わせは 加古川市役所 健康課へ TEL 079-427-9215
- ・ウェルビーポイントカードに関するお問い合わせは 加古川市役所 協働推進課へ TEL 079-427-9764

## 同意書

加古川市長 様

平成 年 月 日

私は、加古川市が実施する石綿ばく露者健康管理調査（以下、健康管理調査）の目的を理解するとともに、以下の点について確認の上、健康管理調査に協力することに同意します。

（説明を受けて理解した項目の□にレ点をつけて下さい。）

- 医学的検査自体による放射線被ばくによるリスクがあること
- 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
- 健康管理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
- 健康管理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
- 個人情報 は加古川市や健康管理調査実施機関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、兵庫県、関係省又はその委託を受けた者が調査若しくは法令上の措置に必要な範囲で共同利用すること
- 健康管理調査及び兵庫県や関係省が実施する調査の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
- 診断の結果、医療が必要となった場合、加古川市や健康管理調査実施機関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・病気等で音信不通になった場合、加古川市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
- 健康管理調査実施期間は、平成28年度から平成31年度までの4年間を予定しているが、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

### <調査の目的>

健康管理調査では、石綿ばく露の可能性があると申し出た方を対象に、問診、胸部X線及び胸部CT検査等を実施し石綿ばく露の評価を行う。さらに、健康管理調査の結果と調査施行に伴い明らかになった課題や対応方策等について、兵庫県及び関係省に報告する。

（同意者）

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。

## 加古川市石綿ばく露者健康管理調査 問診票

調査票及び問診票を必ず記入の上、調査票目にご封入ください。  
記入内容など不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

＜問い合わせ先＞ 加古川市健康課 TEL. (079) 427-8218

加古川市 石綿ばく露者健康管理調査問診票

フリガナ			No.	
氏名	生年月日	性別・年齢・学歴 年 月 日 ( 歳 )		
住所	性別 ( ) 男 ( ) 女			
電話番号	電話番号 ( )			
健康調査票の返送先が異なる場合は、下記を記載して下さい。同じ場合は、左上に記載して下さい。	健康調査票番号 ( )			
健康調査票のフリガナ				
健康調査票の住所				

※下記に○印を記入してください。

1. この健康調査票は次の理由を記入してください。

自分や家族がばく露の状況に気づき、健康調査票の交付依頼を行っている。

自分や家族がばく露の状況に気づいていないが、健康調査票の交付依頼はしている。  
(健康や家族などのお話を聞いたことがきっかけです。)

健康調査票をばく露者や家族に送付している。

関係ある健康や家族がばく露の状況にある健康への気配りを依頼がある。

関係ある健康や家族に健康・通病・通院などがある。

その他、上記以外に健康調査票を交付、依頼してください。

2. 現在までに、次の職業に就いたことがあるかどうか。

(注)  ある

いっぺんある ( )

長年したことがある ( )

関係がなくなったことがある。

<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機
<input type="checkbox"/> 印刷機 (印刷機)	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機 (印刷機)	<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機
<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機

(注)  印刷機があるが、今は使っていない。

いっぺんある、いっぺんある ( )

長年したことがある ( )

関係がなくなったことがある。

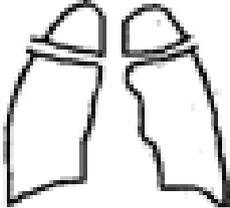
<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機
<input type="checkbox"/> 印刷機 (印刷機)	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機 (印刷機)	<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機
<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機	<input type="checkbox"/> 印刷機修理機

(注)  無し





加古川市 石綿ばく露者健康管理調査 画像所見報告書

医療機関使用欄		行政使用欄 No.					
受診者 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)				
		性別	男 ・ 女				
胸部単純画像所見	検査日：平成 年 月 日	有 疑		なし	評価不能		
			右	左			
	① 胸水貯留	<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"/>
	③ びまん性胸膜肥厚	<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"/>
	⑤ 肺野の腫瘍状陰影	<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"/>
	( )						
	※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CT画像所見	検査日：平成 年 月 日	有 疑		なし	評価不能		
			右	左			
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/>					
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>					
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>					
	④ 胸膜腫瘍陰影	<input type="checkbox"/>					
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/>					
	⑥ 円形無気肺	<input type="checkbox"/>					
	⑦ 肺野の腫瘍状陰影	<input type="checkbox"/>					
	⑧ リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>					
⑨ その他所見	<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	胸部単純画像診断及び胸部CT画像診断の総合画像所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 ( <input type="checkbox"/> 3か月後、 <input type="checkbox"/> 6か月後、 <input type="checkbox"/> 1年後、 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要医療						
胸部単純画像診断及び胸部CT画像診断の総合所見追記事項 総合画像所見で、「要精密検査」もしくは「要医療」にチェックされた場合は、特に詳細にご記入下さい。							

上記のとおり、報告します。 平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

読影医名 (担当医名) \_\_\_\_\_

(行政機関用)

石綿 (アスベスト) 受診管理カード

患者氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_

職業: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

医師氏名: \_\_\_\_\_

診療科目: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

検査項目	検査結果	検査機関	検査日
胸部X線検査			
胸部CT検査			
肺機能検査			
血液検査			
尿検査			
その他			

## 石綿 (アスベスト) 受診管理カード

このカードは、石綿 (アスベスト) による健康被害の予防と早期発見のために、患者様と医師様との間で共有していただくためのものです。

患者様は、このカードを大切に保管し、定期的に医師様へ提出していただくようお願いいたします。

医師様は、このカードに基づき、患者様の健康状態を定期的にチェックし、必要に応じて適切な医療を提供していただくようお願いいたします。

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1

【受付時間: 平日 9:00-17:00】

## 平成29年度 石綿ばく露者健康管理調査事業で精密検査が必要になった方へ

### 1. まずは、精密検査を受診してください

この度の石綿ばく露者健康管理調査事業で、精密検査が必要であることが分かりました。詳しい検査を必ず受診してください。

受診や健康についての相談をご希望の方は、下記までお問合せください。

### 2. 精密検査費用について

#### (1)対象者

石綿ばく露者健康管理調査事業を受診し、石綿関連疾患(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)が疑われる方

#### (2)内 容

加古川市が、医療機関での精密検査費用の自己負担額の一部を助成します。  
(公費負担の対象となる費用は、環境省が定めた検査項目分です。)

#### (3)申請の流れ

- ①精密検査を受診します。
- ②精密検査受診医療機関で、精密検査結果報告書を記入をしてもらいます。
- ③加古川市健康課へ必要書類等を添えて申請します。
- ④加古川市が公費負担額を決定し、金融機関の口座へ振り込みます。

#### (4)申請に必要な書類等

- ①平成 29 年度石綿ばく露者健康管理調査事業精密検査費用公費負担申請書
- ②精密検査結果報告書(精密検査受診医療機関で記入をお願いして下さい。)  
※①②は調査事業の受診機関(加古川総合保健センターか加古川中央市民病院)でお渡しします。
- ③精密検査を受けた医療機関の領収書・診療明細書  
(結果が分かるまで複数日受診した場合は、全て提出して下さい。)
- ④対象者名義の振込先金融機関の口座が分かる書類(預金通帳等)
- ⑤健康保険証
- ⑥印鑑

#### (5)請求期限

平成 30 年 3 月 19 日(月)まで

お問い合わせ・申請窓口

加古川市役所 健康課 TEL 079-427-9215

平成 29 年度石綿ばく露者健康管理調査事業 精密検査費用公費負担申請書					
(ふりがな) 請求者氏名				性別	男 ・ 女
住 所		〒 ー		生年 月日	T・S 年 月 日
				電話 番号	
石綿ばく露者健康管理 調査事業		検査受診日	平成 年 月 日		
		検査受診機関	<input type="checkbox"/> 加古川総合保健センター <input type="checkbox"/> 加古川中央市民病院		
併用できる医療保険等の 種 類		被保険者氏名			
		保 険 種 別			
精 密 検 査	受診日		平成 年 月 日		
	受診医療機関		名称		
			所在地		
	要した費用		円	左の費用のうち 補助対象額	
振 込 先	金融機関	国 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所	口座 名義	
	口座 番号	普通 - ( )			
加古川市石綿ばく露者健康管理調査事業実施要綱に基づき、精密検査費用の支給を受けたく、 関係書類を添えて請求します。 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書、診療明細書 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書					
請求者氏名				印	
平成 年 月 日					
加 古 川 市 長 様					

支給決定日	平成 年 月 日
-------	----------

様式第2号（第2条関係）

精密検査ご担当医様

環境省が実施している石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査（加古川市）委託業務において、受診者のフォローアップを実施するために検査結果の把握が必要ですので、受診者の検査結果の報告にご協力をお願いいたします。記入後、受診者本人へ手渡ししてくださいようお願いします。

なお、受診者本人から医療機関に結果の報告を求めていることにつきましては同意を得ていることを申し添えます。

加古川市

検査結果報告書

受診者氏名	
石綿関連所見名	
救済制度の対象 疾病の有無	有 ・ 無
病名	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 石綿による肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚
治療の必要性	
今後の対応方針	

検査結果は上記のとおりでした。

記入年月日                      年                      月                      日

医療機関名                      \_\_\_\_\_

担当医氏名                      \_\_\_\_\_ 印

**【問い合わせ先】**  
 加古川市役所 福祉部 健康課  
 079-427-9215

平成29年度環境省委託業務報告書

平成29年度石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査（兵庫県）委託業務

平成30年3月31日

発注者 環境省大臣官房

環境保健部環境保健企画管理課石綿健康被害対策室

TEL : 03-3581-3351(内線 6387) FAX : 03-5510-0122

E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

名称 兵庫県