

受付

石綿ばく露健康リスク調査問診票

資料1

(1/8)

ID番号

※太枠のみ記入してください。(裏面にもあります。)

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
氏名	(旧姓:)			
現住所	〒 -		電話番号	()

1. この健康リスク調査を受ける理由はなんですか。(○をつけてください。)		追加質問にも記入願います。
(1) 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた。		
(2) 石綿を扱う場所の近くに住んでいた。		
(3) 仕事以外で、身の回りにおいて石綿(製品、材料など)を扱うことがあった。 (4) その他()		
2. あなたのこれまでの居住歴について、2枚目「居住歴」欄に記入してください。		
3. 本人の現在までの通学歴・職歴及び石綿を扱っていたご家族の現在までの職歴を別紙調査票の「①本人の通学歴、②本人の職歴、③家族の職歴」欄に記入してください。		
4. 仕事以外で石綿を吸い込んだ可能性はありますか。		
<input type="checkbox"/> ある (その場所とその時の状況)		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない		
5. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。		「ある」にチェックした場合、保健師が別紙調査票の追加質問に記入願います。
<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> なし		
6. 現在、何か症状がありますか。		
<input type="checkbox"/> ある : 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他()		
<input type="checkbox"/> なし		
7. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。		
<input type="checkbox"/> ある : (続柄) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他()		
<input type="checkbox"/> なし		
8. 喫煙の有無		
<input type="checkbox"/> 現在も吸っている 1日平均 本 年間(通算 本)		
<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた 1日平均 本 年間 止めた時期 年前(通算 本)		
<input type="checkbox"/> 普段は吸わないが、稀に吸うことがある(どんな時:)		
<input type="checkbox"/> 吸ったことがない		
9. これまでの胸部X線検査受診の有無	1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名() 結果	
10. これまでの胸部CT検査受診の有無	1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名() 結果	
11. その他石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境など、わかっていることがあれば記入してください。		領収印
		問診者

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

居住歴(出生時以降)

		住 所	備 考
(記入例) 昭25	年から 昭31年	○県△市○町××	
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		
	年から 年		

撮影日 年 月 日 直接 No.()	
一 次 読 影	二 次 読 影
 <p> <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検 </p>	 <p> <input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検 </p>
所見 1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	所見 1 胸水貯留の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 2 胸膜肥厚の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 3 胸膜プラークの有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 4 肺野の間質影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 5 石灰化の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 6 肺野の腫瘤状陰影の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 7 その他の所見 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
読影日 年 月 日 (読影医)	読影日 年 月 日 (読影医)

○ 1に○をつけた場合
受診者の家庭生活等について記入願います(複数回答可)。

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

*職歴に関するチェック項目

【①業種】

1 鉱業

- 11 石綿鉱業
12 その他の鉱業

2 建設業

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

3 製造業

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

4 電気・ガス・熱供給・水道業

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

5 運輸業

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

6 医療、福祉

- 61 医療業

7 サービス業

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



8 解体業9 その他（具体的に：)a 不明b なし

※太枠のみ記入してください。

受付
印

(2回目以降問診票)

氏名	(旧姓)	ID番号				
その後の経過						
1. 前回の本健康リスク調査受診以後現在まで、何か気になること、又は新しい症状などありますか。						
<input type="checkbox"/> ある (その内容は何ですか。)() <input type="checkbox"/> なし						
2. 家族で新たに石綿関連疾患(中皮腫、肺がんなど)を発病した人はいますか。						
<input type="checkbox"/> ある (その病名は何ですか。いつ頃ですか。)() <input type="checkbox"/> なし						
特記事項 (CT検査、通院、疾病の有無等をご記入願います。)						
		<table border="1" style="float:right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%; text-align:center;">領収印</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">問診者</td> <td></td> </tr> </table>		領収印	問診者	
	領収印					
問診者						

撮影日	年	月	日	直接 No.()
一次読影			二次読影	
				
<input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検			<input type="checkbox"/> 著変なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月) <input type="checkbox"/> 要精検	
所見			所見	
1 胸水貯留の有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	1 胸水貯留の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
2 胸膜肥厚の有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	2 胸膜肥厚の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
3 胸膜プラークの有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	3 胸膜プラークの有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
4 肺野の間質影の有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	4 肺野の間質影の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
5 石灰化の有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	5 石灰化の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
6 肺野の腫瘍状陰影の有無	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	6 肺野の腫瘍状陰影の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
7 その他の所見	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし	7 その他の所見	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
読影日	年	月	日 (読影医)	読影日
				年
				月
				日 (読影医)

200625

アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査の同意書

資料2

＜承認事項＞

- (1) 「アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査」の目的に同意し、問診と胸部レントゲンならびに胸部CT検査等を受けることを希望します。
- (2) 病院と受け渡しした個人情報には尼崎市が管理し、環境省が調査に必要な範囲で共同利用し、調査結果を個人が特定できない形で公表することを承知します。
- (3) レントゲン検査やCT検査には放射線ばく露のリスクがあることを承知します。
- (4) 現在のところ、中皮腫などの石綿関連疾患について、必ずしも早期発見できるという知見がないことを承知します。
- (5) この調査で公費負担するのは、自己負担分のうち石綿に係る検査費用のみであることを承知します。
- (6) 次回、保健所での石綿健康診断は、年度内に1回は無料ですが、2回目以降は費用を支払います。
- (7) 呼吸器などの症状があらわれた場合は、健康診断結果に関係なく速やかに医療機関を受診します。
- (8) 医療機関で1年以内に胸部CT検査などをすでに受けている場合はその結果を取り寄せる事を承知します。
- (9) 当事業の終了により、健診・検査の補助も終わることを承知します。
- (10) レントゲン検査やCT検査のレントゲンフィルムが40年間保存予定であることを承知します。
- (11) 当調査で診断書の発行は保健所ではできないことを承知しました。

同 意 書

上記の事項を全て理解した上で、本調査に協力いたします。

承諾者のお名前 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 様

尼崎市保健所 健康増進課
 兵庫県尼崎市七松町1-3-1-502
 電話 06-4869-3053 FAX 06-4869-3049

～ みなさまへ ～

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

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

注意事項

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

相談及びお問い合わせ先

尼崎市保健所 健康増進課

〒660-0052 兵庫県尼崎市七松町1丁目3番1-502号

電話 06-4869-3053

石綿診断記録帳

～定期的に、健診を受けましょう～

尼崎市保健所

ふりがな 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	大正 年 月 日 昭和		
住所	〒		
住所 (変更時)	〒		

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

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

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

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

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

アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査分


紹 介 状

主治医 様

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

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

※腫瘍マーカー・造影CTは、費用補助の対象ですが実施前に御連絡ください。末梢血や生化学などは本人負担となりますので、必要な時はよく患者に費用などについて説明して下さい。

所見 	異常なし・所見あり
フィルム No. _____	読影医 _____

保健所受診日 年 月 日

受診者氏名

〒 年 月 日生 男・女

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

尼崎市保健所 健康増進課 TEL (06)4869-3053 FAX (06)4869-3049

結 果 報 告 書

検査実施日 平成 年 月 日

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

アスベストばく露による健康リスク評価に関する調査(受診券)

平成20年度診療報酬準拠版

異常なし・所見あり

受診者氏名	〒 〇〇〇 年 月 日 (男・女)	発行年月日	平成 年 月 日
		発行番号	
住所	尼崎市	有効期限	平成22年〇月末日まで

下記の医療範囲の自己負担分は公費補助いたしますので精査をお願いします。
 指定医療機関 様
 尼崎市長 白井 文 印

診察・検査内容

I. 基本共通事項	チェック	単価 (円)	小計
A000 初診料	<input type="checkbox"/>	2,700	= _____
注7 電子化加算がある場合	<input type="checkbox"/>	2,730	= _____
A002 外来診療料	<input type="checkbox"/>	700 × _____ 回	= _____
E002 単純撮影料	<input type="checkbox"/>	650 × _____ 回	= _____
E001 (上記に係る写真診断)	<input type="checkbox"/>	850	= _____
4号 (デジタル映像化処理加算)	<input type="checkbox"/>	150	= _____
5号 (デジタル管理保存加算)	<input type="checkbox"/>	600	= _____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
E200 胸部CT画像撮影料	<input type="checkbox"/>	8,500	= _____
注3 造影剤使用	<input type="checkbox"/>	5,000	= _____
E203 (上記に係る写真診断)	<input type="checkbox"/>	4,500	= _____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
E400 フィルム代(半切)	<input type="checkbox"/>	292 × _____ 枚	= _____
フィルム代(大角)	<input type="checkbox"/>	241 × _____ 枚	= _____
フィルム代(大四切)	<input type="checkbox"/>	224 × _____ 枚	= _____
フィルム代(他)	<input type="checkbox"/>	_____ × _____ 枚	= _____
B009 診療情報提供料(I)	<input type="checkbox"/>	2,500	= _____
II. 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合の事項			
D009 腫瘍マーカー (項目)	<input type="checkbox"/>	_____	= _____
D400-1 血液採取(静脈)	<input type="checkbox"/>	110	= _____
D026-4 生化学的検査(II)判断料	<input type="checkbox"/>	1,440	= _____
注3イ 検体検査管理加算(I)	<input type="checkbox"/>	400	= _____
N000 病理組織標本作成	<input type="checkbox"/>	8,800	= _____
N002 免疫染色病理組織標本	<input type="checkbox"/>	3,500	= _____
N006 病理診断料	<input type="checkbox"/>	4,100	= _____
N007 病理判断料	<input type="checkbox"/>	1,460	= _____
III. 薬剤など			
局麻・造影剤など	<input type="checkbox"/>	_____	= _____

自己負担額小計	1. 異常なしの方(_____ %) [消費税込]	円
	2. 所見ありの方(10・20・30・%)	

IV. その他
 フィルムコピー料(実費) _____ × _____ 枚 = _____

自己負担総額 (請求金額)	1. 異常なしの方 [消費税込]	円
	2. 所見ありの方	

尼崎市長 あて
 精密診断に要した診療報酬点数及び請求額は、上記のとおりです。
 平成 年 月 日 所在地
 名称
 代表者

指定医療機関名簿

医療機関名	郵便番号	住所
関西労災病院	660-8511	尼崎市稲葉荘3丁目1番69号
兵庫医科大学病院	663-8501	西宮市武庫川町1番1号
兵庫県立尼崎病院	660-0828	尼崎市東大物町1丁目1番1号

平成21年度 尼崎市アスベスト対策専門委員会 名簿

職 名	氏 名
兵庫県立尼崎病院呼吸器外科部長	糸井 和美
兵庫県立尼崎病院呼吸器科部長	遠藤 和夫
神戸労災病院副院長	大西 一男
神戸大学准教授	大野 良治
兵庫医科大学教授	○ 島 正之
兵庫医科大学教授	◎ 中野 孝司
兵庫県立尼崎病院検査放射線部長 兼呼吸器科部長	平林 正孝
関西労災病院健診部長	横川 朋子

◎は会長 ○は副会長

アドバイザー

東洋大学経済学部教授	神山 宣彦
------------	-------

平成21年度 尼崎市アスベスト対策専門委員会 読影部会 名簿

職 名	氏 名
兵庫県立尼崎病院呼吸器外科部長	糸井 和美
兵庫県立尼崎病院呼吸器科部長	遠藤 和夫
神戸労災病院副院長	大西 一男
兵庫医科大学教授	中野 孝司
兵庫県立尼崎病院検査放射線部長 兼呼吸器科部長	平林 正孝
関西労災病院健診部長	横川 朋子