

有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 読影チェックシート（胸部X線画像用）

							ID		
参加者 氏名等	氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)								
読影画像	胸部X線画像（正面像及び側面像）（撮影日 年 月 日）								
胸部X線 所見等	石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。								
	所見については、疑いの場合は「有」にチェックしてください。								
	評価不能は、吸気不足や表示条件が悪い場合にチェックしてください。								
		右			左				
		有	無	評価不能	有	無	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※注1	<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※注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/2 以上	<input type="checkbox"/> 1/2-1/4	<input type="checkbox"/> 1/4 未満	<input type="checkbox"/> 1/2 以上	<input type="checkbox"/> 1/2-1/4	<input type="checkbox"/> 1/4 未満		
	④ 肺野・縦隔の腫瘤状陰影（肺がん等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
⑤ 肺線維化所見（不整形陰影）※注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
⑥ その他の所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	※有の場合 所見名 ()								
	※胸膜肥厚や結核性所見は「その他の所見」としてください。								
	側面像においてのみ見られた所見があれば記入してください。								
比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	※有の場合								
	比較したX線画像の撮影日 (年 月 日) 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり 追記事項（変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください） ()								
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要医療（医療による要経過観察や更なる要精密検査を含む）								
	追記事項（要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください）								
記入日				読影医師氏名				印	
読影実施 機関名									

※注1 胸部正面X線写真により胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合をいう。
 (ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。
 (イ) 両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の局限性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。
 ※注2 頭尾方向（水平方向の広がりでない。）に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする。
 ※注3 じん肺法（昭和35年法律第30号）第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見（いわゆる不整形陰影）をいう。

有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 読影チェックシート（胸部CT画像用）

ID	
----	--

参加者 氏名等	氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)
------------	--------------------------

読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)
------	--------------------

胸部CT 所見等	石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。						
	所見については、疑いの場合は「有」にチェックしてください。						
	評価不能は、吸気不足や表示条件が悪い場合にチェックしてください。						
		右			左		
		有	無	評価不能	有	無	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/4 以上	<input type="checkbox"/> 1/4 未満		<input type="checkbox"/> 1/4 以上	<input type="checkbox"/> 1/4 未満	
	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"/>
	※有の場合						
	・ 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"/>
	・ 小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 円形性無気肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 肺野・縦隔の腫瘤状陰影（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"/>	
	※有の場合 所見名 ()						
	※胸膜肥厚や結核性所見は「その他の所見」としてください。						

比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※有の場合 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり 追記事項（変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください） []

判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要医療（医療による要経過観察や更なる要精密検査を含む）
	追記事項（要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください）

記入日	読影医師氏名	印
-----	--------	---

読影実施 機関名	
-------------	--