

平成 30 年 8 月 20 日

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査に
参加いただいている皆様へ

岸和田市保健部健康推進課

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査（石綿健康相談）のご案内

残暑の折、皆様お変わりなくお過ごしでしょうか。

平成 27 年度より大阪府の委託を受け実施しています「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査（石綿健康相談）」につきまして、平成 30 年度の日程をご案内いたします。ご参加いただける場合は、お申し込みください。なお、このご案内は、平成 27～29 年度に本調査の趣旨や内容等について同意をいただき、ご参加いただきました皆様に送付しています。

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査
（石綿健康相談）の開催について

開催日時 平成 30 年 11 月 20 日（火） 午前 9 時～11 時 30 分（要予約）

場 所 岸和田市立保健センター（別所町）

内 容

- ・問診
- ・胸部 CT 検査（希望される方のみ）
※胸部 CT 検査の結果説明は、平成 31 年 2 月 12 日（火）
保健センターで行なう予定です。（時間は後日お知らせします）
- ・保健指導

※肺がん検診について：平成 30 年 4 月 1 日以降に岸和田市が実施する肺がん検診を受診していない人や職場等で胸部レントゲン検査を受ける機会のない人は、岸和田市が実施する肺がん検診を同時に受診することができます。
（ただし、現在、肺の病気で治療中や経過観察中の人は受診していただくことができません。）

費 用 無料（肺がん検診を希望される場合の費用は申し込み時にお問合せください。）

申込期間 平成 30 年 9 月 10 日（月）～10 月 12 日（金）

申込・問合せ先 岸和田市立保健センター

電話 423-8811 FAX 423-8833

月曜日～金曜日（祝日・年末年始は除く）午前 9 時～午後 5 時 30 分

石綿健康相談のご案内

生年月日(当日の年齢)	歳
電話番号	
性別	

日 時	平成30年11月20日(火) 時 分
場 所	岸和田市立保健センター (別所町3丁目12-1)
持 ち 物	質問票、健康保険証、受診カード(前回受診時にお渡ししています。)

※予約制ですので、早く来られてもお待ちいただきます。
また受診できない場合はご連絡ください。

先日お申し込みいただきました石綿健康相談のご案内を送付します。別紙質問票に記入のうえ、お越しください。

申込内容

項 目	内 容	申込有無	料 金
胸部CT検査	胸部CT検査は検診車でおこないます。	有・無	無料

【肺がん検診を申し込まれた人へ】

項 目	内 容	検診料金
胸部エックス線検査	胸部エックス線検査は検診車でおこないます。	無料
喀痰細胞診検査	次に該当する人は希望により受診できます。 50歳以上で喫煙指数600以上の人 (1日の喫煙本数×喫煙年数) ※受診の希望は、当日確認します。希望する人は、専用の容器に3日間の痰を取り、指定日に提出していただきます。	400円

<検診料金(一部負担金)について>

次の①～⑤にあてはまる人は、検診料金が無料です。

- ①生活保護世帯の人 ②市民税非課税世帯の人 ③ひとり親家庭医療証所持者
- ④身体障害者手帳1・2級所持者 ⑤後期高齢者医療被保険者証所持者

※①、③、④、⑤に該当する人は、受診日当日医療証や手帳、証明書などを提示してください。

②に該当する人は、受診日の1週間前までに本人確認できるもの(健康保険証や運転免許証など)をお持ちになり、保健センターで手続きしてください。

※胸部CT検査、肺がん検診を受ける人は、着脱しやすい服装でお越しください。

※検診日当日午前7時現在、岸和田市域に暴風、大雨、大雪のいずれかの警報が発令中の場合は、中止となります。

【保健センター周辺図】

<問合先>

岸和田市立保健センター 健康づくり担当

電 話 072-423-8811

F A X 072-423-8833

受付時間 月～金 9時～17時30分(祝日は除く)



CC

(

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査質問票(継続用)

※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)								
住所 住民票に記載 の住所をご記 入ください。	〒 -	性別	男・女																			
		電話番号	()			-																
		携帯電話番号	()			-																
検診日	平成	年	月	日	団体名						団体使用欄1											
XP検診番号	-				団体コード																	
CT検診番号	-																					

あてはまる□にレ印をつけてください。

1. この調査への参加理由についてお答えください。

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。

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。)

家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた。

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。

石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。

その他(その他の理由についてご記入ください。)

()

2. 現在、肺に関して症状がありますか。

(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. 肺の病気で、現在、治療中・経過観察中、または過去に治療・経過観察していた病気があります

(1) 現在、治療・経過観察中

①いつ頃から()

②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

③病院名()

④病名にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> 肺気腫	<input type="checkbox"/> その他呼吸器の病気
<input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	<input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎	()
<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	

(2) 過去に治療・経過観察していた

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。

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> 肺気腫	<input type="checkbox"/> その他呼吸器の病気
<input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	<input type="checkbox"/> じん肺(石綿肺)	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎	()
<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎(肺線維症)	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	

(3) 特になし

4. 肺以外の病気で、現在、治療中・経過観察中、または過去に治療・経過観察していた病気がありますか。

(1) 現在、治療・経過観察中

- ①病名 ()
- ②いつから ()
- ③病院名 ()

(2) 過去に治療・経過観察していた

- ①病名 ()
- ②いつ頃 ()
- ③病院名 ()

(3) 特になし

5. 前回の調査で胸部CT検査または、胸部エックス線検査を受けられた以降に、他の医療機関で同じよう検査を受けたことがありますか。

理由の欄には、人間ドック、職場健診等を記入して下さい。

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()

6. 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診断を受けた医療機関名()

(2) なし

(3) わからない()

7. 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) 同居者が吸っている。(吸っている人との関係)

8. その他

前回の調査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入してください。

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査質問票(継続用)

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ	おおさか たろう		明・大	昭	
氏名	大阪 太郎		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 〇〇 歳)	
住所 <small>住民票に記載の住所をご記入ください。</small>	〒596-XXXX		性別	男・女	
	岸和田市〇〇町×丁目△番〇号		電話番号	072-XXXX-XXXX	
			携帯電話番号	090-XXXX-XXXX	
検診日	平成 年 月 日	団体名	団体使用欄1		
XP検診番号	-	団体コード	団体使用欄2		
CT検診番号	-				

あてはまる口印をつけてください。

1. この調査を受ける理由は何ですか。 複数回答可

(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日曜大工をしていた。

(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。)
お気づきの点についてどのようにお答えでも構いません。
(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。 現在の症状についてご記入ください。

(1) ある ①いつ頃から(8月の終わりくらいから)

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。 現在①にある肺の病気で通院中の方にご記入願います。

(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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(2) 前回の問診以降にあったが、今は治っている。 前回は①にある肺の病気がかかられて治った方にご記入願います。

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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(3) 前回の問診以降、通院していない。

4. 前回の健康リスク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、職場健診等を記載して下さい。

3ヶ月前から今回まで医療機関で検査を受けたことがありますか
 検査機関名()
 検査機関電話番号()

胸部X線検査 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> ある	時期(H25年 9月頃)	検査機関名(○○クリニック)
	理由(職場健診)	検査機関電話番号 072-xxx-xxxx)
胸部CT検査 <input checked="" 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どの医療機関()

(2) なし

(3) わからない()

前回の健康リスク調査から今回まで医療機関で検査を受けた方がいますか

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 20 本

②何歳～何歳(何年間)(20 歳～ 35 歳(15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()

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。

おまかせの欄についてはこちらをご覧ください

問診日

問診者

石綿健康相談（石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査）順路

（CT 検査のみ）

- 1. 受付
- 2. 質問票確認（診察室1または2）
- 3. CT 受付
- 4. CT 検査（CT 車）
- 5. 受付（結果返却日のご案内）

お帰りの前にお渡しするものがあります。

必ず受付にお寄りください。

CC

CC

石綿健康相談

(石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査)

～胸部 CT 検査結果返却日のお知らせ～

本日撮影しました胸部 CT 検査結果の返却は以下の日程で行ないます。

ご都合により、来所いただけなくなった場合は事前にご連絡ください。

結果返却日 平成 31 年 2 月 12 日 (火)

午前・午後 時 分

連絡・問合せ先

岸和田市立保健センター 健康づくり担当

電話 423-8811 FAX 423-8833

受付時間 月～金 9時～17時30分

(祝日、年末年始は除く)

石綿ばく露者の健康管理に係る検診 問診票(継続)

※太枠のみ記載して下さい。

環境ID —

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	
氏名			年 月 日	(満 歳)
住所	〒 —	性別	男 ・ 女	
		電話番号	() —	
		携帯電話番号	() —	

あてはまる口に印をつけてください。

1. この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日曜大工をしていた。

(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、何か肺に関して症状がありますか。

(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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(3) 前回の問診以降、通院していない。

4. 前回の健康リスク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、職場健診等を記載して下さい。

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 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 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()

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。

問診日

問診者

石綿ばく露者の健康管理に係る検診 問診票(継続)

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ		かいづか たろう	環境ID	—
氏名		貝塚 太郎	生年月日	明・大・ 昭 ・平 28年 7月 5日 (満 60 歳)
住所	〒	596-XXXX	性別	男 ・女
	貝塚市〇〇町×丁目△番〇号		電話番号	072-XX-XXXX
			携帯電話番号	090-XXXX-XXXX

あてはまる口に印をつけてください。

1. この調査を受ける理由は何ですか。 **複数回答可**

(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日曜大工をしていた。

(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。) **お気づきの点についてどのような事でも記入ください。**
(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。 **現在の症状についてご記入ください。**

(1) ある ①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**)
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。 **現在③にある肺の病気で通院中の方に記入願います。**

(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()
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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(2) 前回の問診以降にあったが、今は治っている。 **前回から③にある肺の病気ががられて治った方に記入願います。**

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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(3) 前回の問診以降、通院していない。

4. 前回の健康リスク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、職場健診等を記載して下さい。

3ヶ月前から今回までに医療機関等で検査された方は「ある」にチェックを入れ受診時期等をご記入下さい。

胸部X線検査 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> ある	時期(H27年 9月頃)	検査機関名(○○クリニック)
	理由(職場健診)	検査機関電話番号 0721-xx-xxxx)
胸部CT検査 <input checked="" 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

前回の健康リスク調査から今回までに新たに発症された方がおられましたらご記入ください。

- 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どの医療機関())

(2) なし

(3) わからない())

6. 現在の喫煙の有無

喫煙習慣についてご記入ください。

(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 20 本 ②何歳～何歳(何年間)(20 歳～ 35 歳(15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())

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。

お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。

問診日

問診者

{

{

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
- 310 食料品製造業
- 311 繊維工業
- 312 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 その他のサービス業

8 解体業

- 9 その他(具体的に:)

10 不明

- 11 なし

【②仕事内容】

- 1 石綿鉱山での作業、石綿製品の製造に関わる作業
- 2 石綿や石綿含有岩綿等の吹きつけ・貼りつけ等作業
- 3 石綿原綿または石綿製品の運搬・倉庫内作業
- 4 配管・断熱・保温・ボイラー・築炉関連作業
- 5 造船所内の作業(造船所における事務職含めた全職種)
- 6 船に乗り込んで行う作業(船員 其他)
- 7 建築現場の作業(建築現場における事務職含めた全職種)
- 8 解体作業(建築物、工作物、石綿含有製品等)
- 9 港湾での荷役作業
- 10 発電所・変電所・その他電気設備での作業
- 11 鉄鋼所または鉄鋼製品製造に関わる作業
- 12 耐熱(耐火)服や耐火手袋等を使用する作業
- 13 自動車・鉄道車両等を製造・整備・修理・解体する作業
- 14 鉄道等の運行に関わる作業
- 15 ガラス製品製造に関わる作業
- 16 石油精製工場、化学工場内の精製・製造作業や配管修理等の作業
- 17 清掃工場または廃棄物の収集・運搬・中間処理・処分の作業
- 18 電気製品・産業用機械の製造・修理に関わる作業

- 19 レンガ・陶磁器・セメント製品製造に関わる作業
- 20 吹きつけ石綿のある部屋・建物・倉庫等での作業(教員 其他)
- 21 エレベーター製造または保守に関わる作業
- 22 ランドリー・クリーニングに関わる作業
- 23 ガスマスクの製造に関わる作業
- 24 上下水道に関わる作業
- 25 ゴム・タイヤの製造に関わる作業
- 26 道路建設・補修等に関わる作業
- 27 映画放送舞台に関わる作業
- 28 農業、バーミキュライト等を扱う作業
- 29 酒類製造に関わる作業
- 30 消防に関わる作業
- 31 歯科技工に関わる作業
- 32 金庫の製造・解体に関わる作業
- 33 その他の石綿に関連する作業
- 34 タルク等石綿含有物を使用する作業
- 35 いずれもない
- 36 不明(忘れた・覚えていない)

{

{

平成30年度 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査受付簿(申込み書)

受付	氏名	生年月日	年齢	〒番号	住所	電話番号	検診
1							/
2							/
3							/
4							/
5							/
6							/
7							/
8							/
9							/
10							/
11							/
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

}

}

石綿ばく露者の健康管理に係る検診について

過去に石綿(アスベスト)にばく露した可能性のある人に対し、健康管理に役立てていただくために本市では、大阪府とともに環境省の委託を受け、石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査のための検診を実施します。

【対象】 次の①～④の全てに当てはまる人

- ①現在本市に住民票のある人
- ②平成2年以前に泉南地域等に居住していた人
- ③指定医療機関で検査を受けることができる人
- ④試行調査の内容を理解し調査への協力に同意していただける人

【内容】 問診・胸部CT・保健指導

【費用】 無料

【申込み】 10月3日(水)～10月24日(水)まで 検診日などは後日ご案内します

【問合せ・申込み先】 健康推進課 ☎ 433-7000

※詳しくは本市のホームページをご覧ください。

{

{

同意書

大阪府知事 様
貝・市長 様

私は、大阪府・貝・市が実施す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、理解しましたので、調査の協力することに同意します。

- ① 医学的検査自体による放射線被ばく等によるリスクがあること
- ② 各検査で、それぞれの犠牲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、必ずしも臨床的に早期の段階で発見できるとは限らないこと
- ④ 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、予後の改善や完治につながることは限らないこと
- 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 個人情報は大阪府・貝・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、環境省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
- 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、その際得られた連絡先や問診内容や検査結果等を大阪府・貝・市で使用する事
- 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 読影の結果、医療が必要となった場合、大阪府・貝・市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、大阪府等が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があること

- 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 労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している者、石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特例健康診断を受けることができる者、石綿関連疾患が原因で医療機関を受診し、継続的に石綿関連疾患に係る健康管理が行われている者は、本調査の対象外となること
- ⑭ 精密検査については府が指定する精密検査医療機関以外で受けた場合、本試行調査の対象外となり、自己負担金を支払うこととなること

〈調査の目的〉

試行調査は、試行調査の対象となる自治体において、石綿検診の実施を見据え、モデルとなる事業を実施することを通じて、実施主体・既存健診（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。

（同意者）

年 月 日

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。

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査及び肺がん

案内

昨年に引き続き、石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査を実施することになりましたので、ご案内します。試行調査は、胸部 CT 検査となりますが、メリット及びデメリットがありますので、同封の「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」をお読みいただき、受診を希望される方は、9月7日（金）までに保健センターへ、お電話にてお申込みください。なお同日に肺がん検診も実施しますので、受診を希望される方は、合わせてお申込みください。後日、受診券を送ります。

試行調査の内容

問診・胸部 CT 検査・保健指導（結果返し）

試行調査の流れ

問診・胸部 CT 検査・肺がん検診（平成30年10月）



保健指導（平成31年1月頃 お会いして結果をお返しします。）

検診の日時・場所

★胸部 CT 検査と肺がん検診

10月 5日（金）	10:00~14:30	<u>ラブリーホールにて</u>
10月20日（土）	10:00~14:30	<u>ラブリーホールにて</u>

その他

費用：無料（試行調査期間に限り、肺がん検診の自己負担500円も無料となります）

※検診は、CT 検査・肺がん検診とも予約制です。

試行調査を希望される方は、必ず保健センターまでお電話でお申込みください。

後日、受診券を送ります。

<お申込み・お問い合わせ>

河内長野市立保健センター 0721-55-0301

（受付時間 9時~17時30分 平日のみ）

石綿ばく露者の 健康管理に係る試行調査

「試行調査」について

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査(「試行調査」)では、石綿取扱い施設周辺に住んでいた住民等の不安に対応することを目的として、胸部CT検査や保健指導等を行っています。

これまでの取り組みについて

環境省では、平成18年度より一般環境を經由した石綿ばく露による健康被害の可能性があり、調査への協力が得られた地域で、石綿取扱い施設周辺に住んでいた住民等に対して、問診、胸部X線検査、胸部CT検査等を実施してきました。その結果、有所見者数や医療の必要があると判断された方の数は、初回受診時に多く、2年目以降は少ないながらも新たに見つかる方もいたことや、有所見率や医療の必要があると判断された方の割合は、①女性よりも男性、②石綿ばく露の可能性が特定できない方よりも何らかの石綿ばく露があった方、③低年齢よりも高年齢、において高かったなどの一定の知見を得ました。

石綿ばく露歴について

以下のア～オの石綿ばく露歴に分類しています。

ア 直接職歴	直接石綿を取り扱っていた職歴がある方
イ 間接職歴	直接ではないが、職場で石綿ばく露した可能性のある職歴がある方
ウ 家庭内ばく露	家族に石綿ばく露の明らかな職歴がある方で作業具を家庭内に持ち帰ることなどによる石綿ばく露の可能性が考えられる方
エ 立ち入り等	職域以外で石綿取扱い施設や吹き付け石綿の事務室等に立ち入り経験がある方
オ その他	上記ア～エ以外の石綿ばく露の可能性が特定できない方

石綿関連疾患について

- 石綿関連疾患とは、石綿が原因でかかる病気のことです。
- 石綿健康被害救済制度で認定している石綿関連疾患は①～④、労災保険制度で認定している石綿関連疾患は①～⑥になります。
- 石綿ばく露開始から発症までの潜伏期間が長いことが特徴です。
- 中皮腫は、肺がんや石綿肺よりも低濃度の石綿ばく露で発症することが知られています。

① 中皮腫

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腫瘍です。石綿ばく露が原因である可能性が高い疾患で、他の悪性腫瘍に比べて、いまだに予後の悪い疾患です。

② 肺がん(原発性肺がん)

気管支あるいは肺胞を覆う上皮に発生する悪性腫瘍です。喫煙をはじめとして石綿以外の原因でも発生します。早期に発見し、根治的な手術療法を行うことにより治癒する可能性が高い疾患です。また、肺がん発生の最大の要因は喫煙であり、石綿と喫煙の両方のばく露を受けると、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。肺がん発生になる危険性を減らすためには、禁煙することが大切です。

③ 石綿肺

石綿を大量に吸入することにより肺が線維化する「じん肺」という病気の一つです。石綿ばく露が原因である可能性が高い疾患で、鎮咳剤や去痰剤による薬物療法、在宅酸素療法などの対処療法を行います。

④ びまん性胸膜肥厚

内側の胸膜の慢性線維性胸膜炎によるもので、通常は外側の胸膜にも病変が及んで両者が癒着していることがほとんどです。現在のところ特別な治療法はなく、徐々に呼吸機能障害が進んで慢性呼吸不全になった場合には在宅酸素療法等を行います。

胸膜は肺を包む2枚の薄い膜で、肺そのものの表面を包む臓側胸膜と胸壁の内側を覆っている壁側胸膜とがあります。

⑤ 良性石綿胸水

胸腔内に胸膜炎による滲出液(胸水)が貯留する状態です。約半数は自然消失しますが、治療として局所性穿刺による胸水排出などを行います。

石綿関連所見について

● 石綿関連所見とは、石綿が原因で体に出てくる変化についての医師の見立てのことで、胸部X線検査、胸部CT検査でわかる石綿関連所見は、以下の①～⑧になります。

① 胸水貯留

胸腔内に体液が貯留することであり、石綿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X線検査で見つかることもあります。

② 胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)

外側の胸膜に生じる限局的な線維性の肥厚のことで、それ自体は疾病ではなく、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。石綿ばく露が原因である可能性が高い所見です。

③ びまん性胸膜肥厚

内側の胸膜に生じる線維性の肥厚のことで、胸膜の肥厚と肺内から肥厚した胸膜につながる帯状の陰影などを特徴としています。

④ 胸膜腫瘍(中皮腫)疑い

肺を取り囲む胸膜や心臓及び大血管の起始部を覆う心膜にできる悪性腫瘍である中皮腫があることが疑われるため、精密検査が必要です。

⑤ 肺野の間質影

肺の線維化等により肺に異常陰影(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)がみられる状態であり、石綿以外の様々な原因によっても生じます。

⑥ 円形無気肺

円形もしくは類円形を呈する直径2.5～5cm大の末梢性の無気肺であり、内側の胸膜の病変が主体で、石綿ばく露が原因で良性石綿胸水後に発生することが多いと言われています。

⑦ 肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)

気管支あるいは肺泡を覆う上皮に発生する悪性腫瘍(肺がん)がある可能性があり、精密検査が必要です。

⑧ リンパ節の腫大

リンパ節が腫大した状態で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もみられます。

環境調査における胸部CT検査について

胸部CT検査のメリット及びデメリットについて

メリット

胸部X線検査と比べ、多方面からの、より精細な肺全体の画像が得られます。

デメリット

胸部CT検査では一定量のX線のばく露があり、胸部X線検査の20倍程度多くのX線を浴びることになります。

参考資料

- 石綿と健康被害(第10版) 平成28年6月版 環境再生保全機構
- (公財)日本対がん協会ホームページ ▶ http://www.jcancer.jp/about_cancer_and_checkup
- 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 2006年11月 がん検診の適切な方法とその評価方法の確立に関する研究班
- 第1期・第2期における石綿の健康リスク調査の主な結果と考察について 平成28年3月

お問い合わせ先

河内長野市立保健センター
(健康推進課)

TEL 0721-55-0301
FAX 0721-55-0394

大阪府健康医療部保健医療室
健康づくり課

TEL 06-6944-9163
FAX 06-6944-6606

本調査は、大阪府・河内長野市が環境省から委託を受けて実施しております。

環境省環境保健部石綿健康被害対策室

専記報広



健康

問い合わせ 保健センター
〒586-0001 菊水町2の13
(☎55-0301)

たばこ相談

対象 たばこをやめたい市民
とき 9月10日(月)、10月22日(月)、11月26日(月)、12月17日(月)
▽いずれも午前9時30分～11時30分(予約制)

糖尿病予防相談

保健師や管理栄養士が糖尿病予防のための食事と運動に関する相談を行います。
対象 血糖・ヘモグロビンA1c値が高め(NGSP値6・

内容	費用	対象
大腸がん	各 500 円	40 歳以上の市民
肺がん		
胃がん		
乳がん	各 1000 円	40 歳以上の女性で平成 30 年度中に奇数年齢になるか平成 29 年度未受診の市民

対象など 左表のとおり

がん検診(有料)

保健センターで実施する

9%未満)で、まだ治療を受けていない市民
とき 9月18日(火)、10月16日(火)▽いずれも午後1時10分～4時15分(予約制)
ところ 保健センター
申込 電話で同センターへ

健康・栄養・歯科相談

相談	健康相談	栄養相談	歯科相談
相談日	毎週月曜日(祝休日を除く)		
受付時間	午前10時～11時		
担当	保健師	管理栄養士	歯科衛生士
場所	保健センター		

※診断や治療方法についての相談は対応不可▷健康相談は直接会場へ▷栄養相談・歯科相談は電話で保健センターへ予約を▷詳細はお問い合わせを。

石綿ばく露者への健康管理に係る試行調査

対象 40歳以上の市民で、調査対象地域やその周辺で石綿取扱施設が稼働していたなど石綿が飛散した可能性のある時期に、当該調査対象地域に居住していた人など
※詳細はお問い合わせを。
とき 10月5日(金)・20日(土)▽

とき 10月3日(水)・15日(月)▽受付は午前8時30分～10時30分
※生活保護受給世帯の人は費用免除制度あり。
申込 電話で同センターへ▷市ホームページでも申込可

歯つっぴースマイル教室

対象 20歳以上の市民
とき 10月16日(火)午後1時30分～3時
ところ 保健センター

内容 みがき方の実習、位相差顕微鏡で自分の歯周病菌の観察、お口の健康体操など

いずれも午後1時30分～2時30分(予約制▽男女別)
ところ ラブリーホール
内容 問診・胸部CT検査・保健指導▽希望者は肺がん検診(胸部X線)も受診可
申込 9月21日までに電話で同センターへ

定員 20人(先着順)
申込 9月5日から電話で同センターへ
休日急病診療所(歯科)の診療時間を見直します

10月1日から、休日急病診療所(歯科)の診療時間が午前10時～正午のみとなります。
※年末年始・ゴールデンウィークのみ、従来どおり午後1時～4時にも診療を行います。

休日急病診療所

内科	場所	受付時間
内科	菊水町2-13(保健センター横、☎55-0300)	土曜日(内科のみ)午後6時～8時40分、日曜日・祝休日午前10時～11時40分と午後1時～3時40分 ※内科は中学生以下受診不可▷10月1日以降歯科診療は午前中のみ
小児科(中学生以下)	富田林病院(富田林市向陽台1-3-36、☎29-1121) ▷小児科診療は、河内長野市を含む近隣3市2町1村共同で医師の確保を行い、数少ない小児科医の協力のもと富田林病院で実施しています。	日曜日・祝休日午前9時～11時30分と午後1時～3時30分

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査

受診票

様

あなたのご予約の検診日時は

10月5日(金)

午前10時00分～午前10時30分です。

検診会場は

ラブリーホール(大ホールホワイエ)です。

検診日当日は受診票(本状)、質問票、同意書、肺がん検診受診券をお持ちになり、上記時間の間に検診会場へお越してください。質問票等はあらかじめご自宅でご記入のうえご持参ください。

お問い合わせ	河内長野市立保健センター 河内長野市菊水町2-13 電話：0721-55-0301	お問い合わせ
--------	---	--------

同意書

大阪府知事 様
河内長野市長 様

平成 年 月 日

私は、大阪府・河内長野市が実施す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、理解しましたので、調査に協力することに同意します。

- ① 医学的検査自体による放射線被ばく等によるリスクがあること
- ② 各検査で、それぞれの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、必ずしも臨床的に早期の段階で発見できるとは限らないこと
- ④ 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、予後の改善や完治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 個人情報は大阪府・河内長野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、環境省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
- 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、その際得られた連絡先や問診内容や検査結果等を大阪府・河内長野市で使用すること
- 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 読影の結果、医療が必要となった場合、大阪府・河内長野市が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること

(裏に続く)

- 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、大阪府等が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があること。
- 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 労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している者、石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる者、石綿関連疾患が原因で医療機関を受診し、継続的に石綿関連疾患に係る健康管理が行われている者は、本調査の対象外となること。
- ⑭ 精密検査については府が指定する精密検査医療機関以外で受けた場合、本試行調査の対象外となり、自己負担金を支払うこととなること。

<調査の目的>

試行調査は、試行調査の対象となる自治体において、石綿検診の実施を見据え、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。

(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。

平成30年度 大阪府・河内長野市における石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査質問票

※太枠のみ記載して下さい。

		環境ID		—	
フリガナ		生年月日	明・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在異なる場合、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下さい。					
1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()					
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					
(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下さい。					
1 <input type="checkbox"/> 肺結核 4 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 7 <input type="checkbox"/> 肺気腫 10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()					
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					
(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。

問診日 _____

問診者 _____

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■川の本流にあった。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		
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. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	あり ・ なし	備考
-----	---------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。

※ 企業名は覚えている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	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
				① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
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										

石綿に関して通算 年 月

12. 家族の職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。

※ 家族の職業歴があり、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	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
(例)父	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								
	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										

※ 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 石綿に関して通算 年 月

続柄 石綿に関して通算 年 月

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

C

C

平成30年度 大阪府・河内長野市における石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査質問票

※本枠のみ記載して下さい。

フリガナ おおさか たろう		生年月日	明・大・ 昭 ・平 28 年 7 月 5 日 (満 57 歳)	環境ID	—
氏名	大阪 太郎			性別	(男) ・ 女
現住所	〒586-XXXX 河内長野市〇〇町×丁目△番〇号	住所・電話番号 も忘れず記入し てください。	電話番号	0721-XX-XXXX	携帯電話番号 090-XXXX-XXXX
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	同上	5年後とか10年後にお問合せする場合がありますので、現住所と住民票の所在地が異なる場合、住民票の所在地をご記入ください。ご協力をお願いします。			

あてはまる口に印をつけてください。

1. この調査を受ける理由はなんですか。 複数回答可

(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日曜大工をしていた。

(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)。 お気づきの点についてどのような事でもご記入ください。
(**子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた**)

2. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。

(1) ある

①いつ頃から(現在②にある肺の病気で通院中の方にご記入願います。)

②治療した病院名()

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 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) 以前にあったが、今は治っている。 ③にある肺の病気にこれまでにかかれた方にご記入願います。

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 肺結核 4 慢性気管支炎 7 肺気腫 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) なし

3. 現在何か症状がありますか。 現在の症状についてご記入ください。

(1) ある

①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**)

②症状は(発熱 ・ **せき** ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

(2) なし

4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。

ご家族の石綿関連疾患についてご記入ください。

(1) ある

① 誰が (父))

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 (平成 10 年に見つかった))

④ 通院していた病院名 (大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター))

(2) なし

(3) わからない ())

5. 喫煙の有無

喫煙習慣についてご記入ください。

(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 20 本 ② 何歳～何歳(何年間) (20 歳～ 35 歳 (15 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 (21 年 7 月ごろ) ・ 医療機関名 (職場健診)

(1年程度前まで)

結果 特になし 通院している (疾患名)

これまで受けられた検査の一番最近のものを記入ください。

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。

お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。

問診日

問診者

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■川の本流にあって、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 28年 4月 ~ 55年 6月	河内長野市□□町	〇〇m南に〇〇郵便局があった
昭和・平成 55年 6月 ~ 年 月	河内長野市〇〇町×丁目△番〇号	
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		
昭和・平成 年 月 ~ 年 月		
昭和・平成 年 月 ~ 年 月		

町名までで番地までわからない場合は、近隣の目標物等を備考欄にご記入ください。
旧の居住表示しかわからない場

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 34年 4月 ~ 40年 3月	〇〇小学校	河内長野市〇〇町	
昭和・平成 40年 4月 ~ 43年 3月	〇〇中学校	河内長野市□□町	
昭和・平成 43年 4月 ~ 46年 3月	〇〇高校	河内長野市△△町	
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			

公私立小中学校、高校、大学の場合には学校名のみでも可。（廃校の場合を除く）

1.1. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	(あり) ・ なし	備考
-----	-----------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。
 ※ 企業名は覚えている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	企業名 所在地	仕事の内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
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 業種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 近傍 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 吹付 部屋	⑦ 労災 認定
S・H 46年4 - S・H 50年3月	〇〇鉄工 河内長野市〇町	溶接作業	無し	問診時に聞き取りながら記入しますので空欄で結構です。						
S・H 50年4 - S・H 年月	〇〇建設(株) 河内長野市△町	廃材の運搬	S50~HZ							
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										

石綿に関して通算 年月

1.2. 家族の職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。

※ 家族の職業歴があり、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	会社名 所在地	仕事内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦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)父	S・H 年月 - S・H 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 業種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 近傍 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 吹付 部屋	⑦ 労災 認定
兄	S・H 43年4 - S・H 60年3	〇〇会社 〇〇市内	石綿を使った保 温材の製造	S43.4~ S55.3	問診時に聞き取りながら記入しますので空欄で結構です。						
	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										

続柄 石綿に関して通算 年月

続柄 石綿に関して通算 年月

受診者の家庭生活等について記入願います。(複数回答)

石綿はく露があったと思われる項目について
チェックして、期間を記入ください。

1. 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった
2. 家族が石綿関連の仕事についており、S43 年～ S55 年(通算 12 年)
道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。
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、遊んでいたことがある。年～ 年(通算 年)
(都道府県名・市町村名)
5. 造船所の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。年～ 年(通算 年)
(都道府県名・市町村名)
6. 建築材料の置場の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。年～ 年(通算 年)
(都道府県名・市町村名)
7. 自動車修理工場の近くに住んでいた、遊んでいたことがある。年～ 年(通算 年)
(都道府県名・市町村名)
8. 幹線道路や大きな交差点の近くに住んでいたことがある。年～ 年(通算 年)
(都道府県名・市町村名)
9. 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)
10. いずれもない
11. わからない

平成30年度 大阪府・河内長野市における石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査継続質問票

※太枠のみ記載して下さい。

環境ID ー

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	
氏名			年 月 日	歳(満 歳)
現住所	〒 ー	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日曜大工をしていた。

(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下さい。)

()

2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。

(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()

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 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()

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 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、職場健診等を記載して下さい。

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()

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。

問診日

問診者

平成30年度 大阪府・河内長野市における石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査継続質問票

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ おおさか たろう		環境ID	-	
氏名	大阪 太郎	生年月日	明・大 昭 ・平 28年 7月 5日 (満 57 歳)	
現住所	〒 586 -XXXX 河内長野市〇〇町×丁目△番〇号	性別	男 ・女	
		電話番号	0721 -XX-XXXX	
		携帯電話番号	090 -XXXX-XXXX	
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。同じ場合は、同上と記載して下さい。				
住民票の住所地	同上			

あてはまる口に印をつけてください。

1. この調査を受ける理由はなんですか。 複数回答可

(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日曜大工をしていた。

(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下さい。)

(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。

(1) ある

①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**)

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()

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 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()

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 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、職場健診等を記載して下さい。

胸部X線検査 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> ある	時期(H22年 4月頃)	検査機関名(○○クリニック)
	理由(職場健診)	検査機関電話番号 0721-xx-xxxx)
胸部CT検査 <input checked="" 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 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 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 20 本 ② 何歳～何歳(何年間)(20 歳～ 35 歳(15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()

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。

お気づきの点についてどのような事でも記入ください。

問診日

問診者

フリガナ		1 男	検診日	年 月 日
氏名	姓 名	2 女	検診番号	040-
生年月日	2大3昭4平 年 月 日生(歳)			
現住所	河内長野市		団体名	河内長野市
(旧住所)			団体コード	
自宅電話	-		団体使用欄1	
昼間の連絡先	-		団体使用欄2	
			保険区分	1.国保 2.社保 3.後期高齢 4.その他

- ・ 喀痰検査は検診日から1週間以内でご郵送下さい。
 - ・ 郵送する際、喀痰容器とこの用紙(喀痰検査受診票)を同封して下さい。
- *喫煙されている方は禁煙しましょう*

(1) 肺がん検診や胸部X線検査を受けたことがありますか 1 なし 2 あり ⇨ () 年前 (大阪がん循環器病予防センター CT・X線, 他医)

(2) 最近6ヶ月以内に次の症状がありましたか

・「せき」	1 ほぼ毎日	2 時々	3 でない
・「たん」	1 ほぼ毎日	2 時々	3 でない
・血のまじった「たん」	1 ある	2 ない	→血のまじったたんがある方はたんの検査が必要または検診を受診できない場合がありますのでれなくご記入ください
・「息切れ」	1 ある	2 ない	
・「胸痛」	1 ある	2 ない	

(3) たばこを吸いますか

1 現在吸っている	1 日[]本位[]歳頃から[]年間吸っている
2 以前吸っていたがやめるまでは	[]年前やめた
3 まったく吸わない	1 日[]本位[]歳頃から[]年間吸っていた

[4] 喫煙指数 [] 問診者記入

(4) 次の病気にかかったり、レントゲン写真で影があると指摘されたことがありますか

1 なし 2 あり (1 結核(陳旧性結核を含む) 2 胸まく(ろくまく)炎 3 肺炎 4 その他の肺の病気())

(5 心臓など肺以外の大きな病気・手術歴()) 6 肺気腫 7 喘息

(5) 次の仕事をしましたことがありますか

1 金属加工	2 石綿加工	3 木材加工	4 農業散布	5 石材加工(採石・鉱山など)
6 有機溶剤取扱(印刷など)	7 ちり・ほこりの多い仕事	8 特になし		

*以下記入不要 希望する精検医療機関 1 大阪がん循環器病予防センター 2 その他の医療機関()

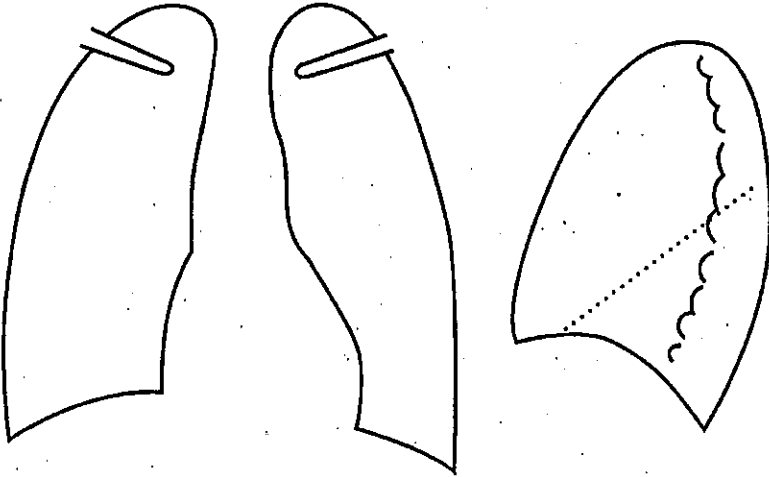
肺がん検診 Cyto¹ 1 不要 2 要 3 本人希望 4 拒否 5 採痰不能 喀痰 あり なし 問診者

検診種類 3. 単X・喀痰 4. 単X・喀痰提出後再判定 7. CT・喀痰 8. CT・単X・喀痰 9. CT・喀痰提出後再判定 ②. 喀痰 喀痰細胞診 ①. 提出 年 月 日提出 標本番号

判定	指示	細胞所見	報告日	コメント
1 A	1 材料不適、再検査	1 組織球認めず		
2 B	2 次回定期検査	2 好中球 11 円柱上皮増生 21 sq. ca		
3 C	3 6ヶ月後再検	3 好酸球 12 mild atypia 22 adeno. ca		
	4 3ヶ月後再検	4 赤血球 13 moderate atypia 23 small. ca		
5 E	5 直ちに再検	5 necrosis 14 severe atypia 24 large. ca		
	6 ただちに精密検査	15 sq. ca susp 25 other. ca		
4 D		16 adeno. ca susp	細胞検査士	4
5 E		17 small. ca susp	細胞検査士	4
		18 other. ca susp	細胞診指導医	1

肺がん検診所見用紙

一次読影



(1) 判定

- 1 A 読影不能
- 2 B 異常所見を認めず
- 3 C 異常所見を認めるも精検不要
- 4 D 異常所見を認めるも肺K以外

()

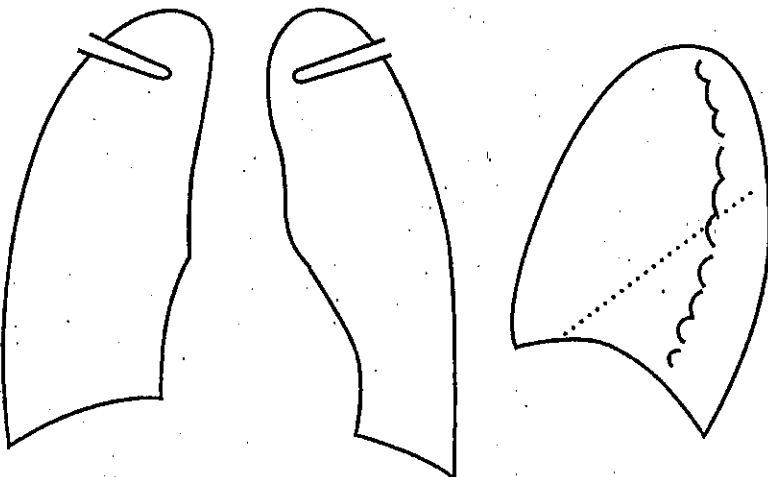
- 5 E 肺K疑い

指示

一次読影医 ()

1			
---	--	--	--

二次読影



(1) 判定

- 1 A 読影不能
- 2 B 異常所見を認めず
- 3 C 異常所見を認めるも精検不要
- 4 D 異常所見を認めるも肺K以外

()

- 5 E 肺K疑い

指示

353 二次読影医 ()

1			
---	--	--	--

フリガナ		1 男	検診日	年 月 日
氏名	姓 名	2 女	検診番号	040-
生年月日	2大3昭4平 年 月 日生(歳)			
現住所	河内長野市		団体名	河内長野市
(旧住所)			団体コード	
自宅電話	-		団体使用欄1	
昼間の連絡先	-		団体使用欄2	
			保険区分	1.国保 2.社保 3.後期高齢 4.その他

☆ペースメーカーを装着されていますか ⇒ 1. はい 2. いいえ
 ☆女性の方は必ず記入して下さい。現在妊娠されていますか ⇒ 1. はい 2. いいえ [妊娠している方は受診できません]
 (可能性も含む)最終月経開始日より10日以内の方は妊娠の可能性がありません

《検診種類 1 正側(602) 2 正側+CT(602) 3 CT 4 正面のみ(603) 5 正面+CT(603)》

(1) 肺がん検診や胸部X線検査を受けたことがありますか 1 なし 2 あり ⇒ () 年前 (大阪がん循環器病予防センター CT・X線, 他医)

(2) 最近6ヶ月以内に次の症状がありましたか

・「せき」	1 ほぼ毎日	2 時々	3 でない
・「たん」	1 ほぼ毎日	2 時々	3 でない
・血のまじった「たん」	1 ある	2 ない	→ 血のまじったたんがある方はたんの検査が必要または検診を受診できない場合がありますのでめれなくご記入ください
・「息切れ」	1 ある	2 ない	
・「胸痛」	1 ある	2 ない	

(3) たばこを吸いますか

1 現在吸っている	1 日[]本位[]歳頃から[]年間吸っている
2 以前吸っていたが やめるまでは	[]年前やめた 1日[]本位[]歳頃から[]年間吸っていた
3 まったく吸わない	[⁴ 喫煙指数] [] 問診者記入

(4) 次の病気にかかったり、レントゲン写真で影があると指摘されたことがありますか

1 なし	2 あり	1 結核(陳旧性結核を含む)	2 胸まく(ろくまく)炎	3 肺炎	4 その他の肺の病気()
		5 心臓など肺以外の大きな病気・手術歴()	6 肺気腫	7 喘息	

(5) 次の仕事をしたことがありますか

1 金属加工	2 石綿加工	3 木材加工	4 農薬散布	5 石材加工(採石・鉱山など)
6 有機溶剤取扱(印刷など)	7 ちり・ほこりの多い仕事	8 特になし		

*以下記入不要 希望する精検医療機関 1 大阪がん循環器病予防センター 2 その他の医療機関()

肺がん検診 Cyto ¹	1 不要	2 要	3 本人希望	4 拒否	5 採痰不能	喀痰	あり	なし	問診者
-------------------------	------	-----	--------	------	--------	----	----	----	-----

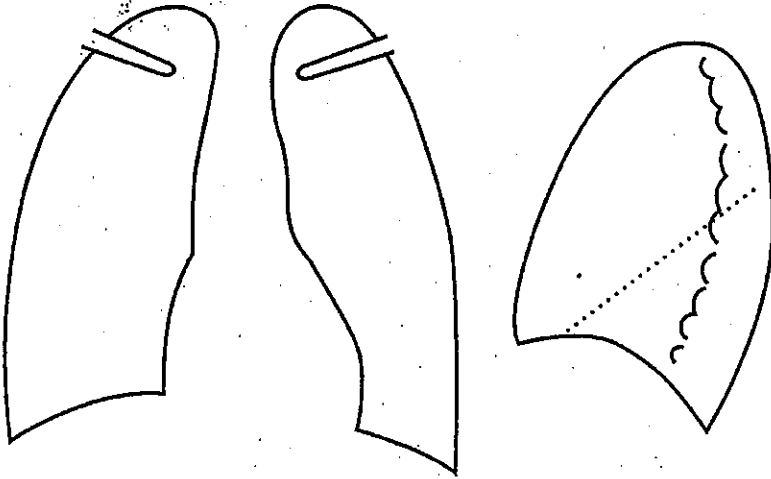
検診種類 1. 単X 5. CT 6. CT・単X

▶ 血痰および喀痰検査条件注意

備考

肺がん検診所見用紙

一次読影



(1) 判定

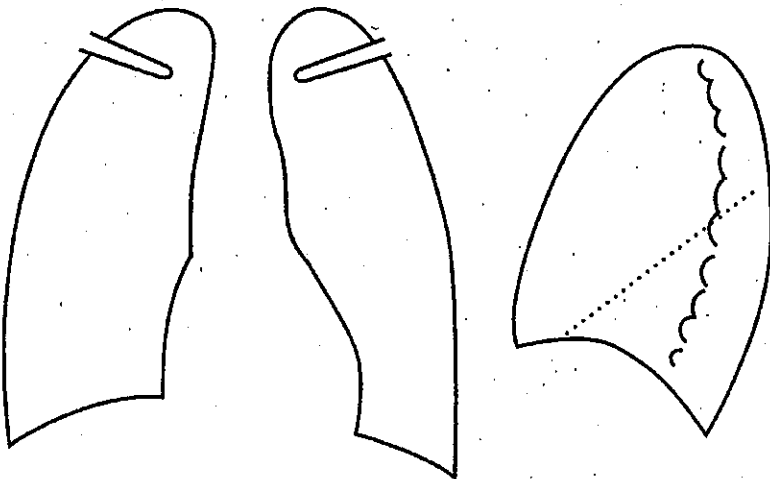
- 1 A 読影不能
- 2 B 異常所見を認めず
- 3 C 異常所見を認めるも精検不要
- 4 D 異常所見を認めるも肺K以外
- ()
- 5 E 肺K疑い

指示

一次読影医 ()

1			
---	--	--	--

二次読影



(1) 判定

- 1 A 読影不能
- 2 B 異常所見を認めず
- 3 C 異常所見を認めるも精検不要
- 4 D 異常所見を認めるも肺K以外
- ()
- 5 E 肺K疑い

指示

355

二次読影医 ()

1			
---	--	--	--

石綿試行調査の保健指導予約票

様 の予約日は

平成31年1月25日（金）

9時50分 です。

昨年実施いたしました石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の結果をお返しいたします。上記、日時に保健センターまでお越しください。

【内 容】 ○結果の説明
 ○たばこ検査（喫煙している人）

【場 所】 河内長野市立保健センター

※ご都合が悪くなった場合は日程の変更が可能です。保健センターまでご連絡をお願いします。

※精密検査が必要と診断された場合は、専門医療機関あての紹介状をお渡しします。

<お問い合わせ先>
河内長野市立保健センター 55-0301

平成31年1月16日

様

80160595

大阪府健康医療部保健医療室

健康づくり課長

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
〈河内長野市(石綿ばく露者の健康管理に係る施行調査)〉

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

総合所見: 胸膜プラーク(限局性胸膜肥厚:石綿による所見)(部位: 両側)
 その他所見(石綿以外の所見)

〈CT検査でのその他所見〉
癒痕(部位: 左 S1+2)
癒痕(部位: 右 S5)

指示: 石綿所見による経過観察
「石綿に関連する所見を認めます。治療の必要はありませんが、経過観察が必要です。」

※本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明は、裏面「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X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、肺がん発症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。

本調査で確認している石綿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、石綿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、胸痛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

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す。石綿ばく露開始から概ね15～30年以上を経て、認められるようになり、過去に石綿のばく露があったことを示す重要な医学的所見です。それ自体は異常所見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綿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、反復性の胸痛であり、繰り返し呼吸器感染をおこすことがあります。

●中皮腫

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などに行える悪性の腫瘍です。胸膜に発症することが最も多く、中皮腫のほとんどは石綿ばく露が関与しています。

石綿ばく露から発症までの潜伏期間は40年前後と非常に長いものです。中皮腫の発生の危険は、石綿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として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)、異常陰影がみられる状態であり、石綿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2.5～5cm大の末梢性の無気肺であり、臓側胸膜の病変が主体です。石綿ばく露が原因で胸水がみられた後に発生する場合がありますと言われています。

●肺がん

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綿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こともあります。

●リンパ腫の腫大

リンパ腫が腫大した状態です。感染症等による炎症性疾患、腫瘍などでみられます。

注1 本調査で確認する所見は、必ずしも石綿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 31 年 1 月 24 日

主 治 医 殿

河内長野市保健福祉部
健康推進課長

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の精密検査について（依頼）

平素は当市の保健事業にご協力賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび下記の方が、石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査を受診し、別紙のとおり判定されましたので精密検査をお願いいたします。

尚、ご多忙中恐縮ですが、調査の精度向上と、保健事業の効果的かつ効率的な推進のために、検査結果をお知らせください。

記

氏 名 ○○ ○○氏

(昭和 30 年 8 月 8 日 生)

検 診 名 石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査

検 診 日 平成 30 年 10 月 20 日

* お問い合わせ *

河内長野市立保健センター

河内長野市菊水町 2-13

0721-55-0301

担当保健師 比嘉

石綿(アスベスト)健康被害救済制度

救済給付の対象となる指定疾病

1 : 中皮腫

2 : 石綿による肺がん

3 : 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺

4 : 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

これらの疾病により、現在療養中の方やそのご遺族の方は、
労災保険等の対象とならない場合でも

「石綿による健康被害の救済に関する法律」により、
医療費、弔慰金等の救済給付が受けられます。

(認定申請等が必要です。また、認定の決定に際して、一定の審査があります。)

また、お心当たりの方への情報提供にご協力お願いいたします。

■申請等の受付について

環境再生保全機構、環境省地方環境事務所又はお近くの保健所等にご相談のうえ、申請等の手続きを行って
ください。ご相談には、環境再生保全機構 [フリーダイヤル ☎0120-389-931](tel:0120-389-931) もご利用できます。

1 療養中の方への救済給付

●医療費(自己負担分)・・・療養開始日から支給されます。(認定申請日から最大3年前までさかのぼって請求することができます)

●療養手当(約10万円/月)・・・療養開始日または認定申請日の3年前の日が属する月の翌月から療養等が不要になった日が属する月まで支給されます。

2 特別遺族弔慰金等の救済給付(認定の申請をしないで亡くなりになった方のご遺族への給付)

●特別遺族弔慰金(280万円)・特別葬祭料(約20万円)が支給されます。

①中皮腫・石綿による肺がんにより亡くなられた方のご遺族への救済給付

(ア)平成18年3月26日以前(この法律の施行前)に亡くなった方のご遺族の請求期限は平成34年3月27日までです。

(イ)平成18年3月27日以後(法律施行後)に認定の申請をしないで亡くなった方のご遺族の請求期限は死亡後15年以内
です。ただし、改正法施行前(平成20年12月1日より前)に亡くなられた方のご遺族の請求期限は平成35年12月1日
(改正法の施行日より15年以内)です。

②著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚により亡くなられた 方のご遺族への救済給付

(ア)平成22年6月30日以前(改正政令の施行前)に亡くなった方のご遺族の請求期限は平成38年7月1日までです。

(イ)平成22年7月1日以後(改正政令施行日以降)に認定の申請をしないで亡くなった方のご遺族の請求期限は死亡後15年以内です。

石綿(アスベスト)健康被害者のご遺族の皆様へ

「特別遺族弔慰金・特別葬祭料」の 請求期限が10年延長されました。

「石綿による健康被害の救済に関する法律」の一部改正により
「特別遺族弔慰金等」の請求期限が延長されました。

①中皮腫及び石綿による肺がんによりお亡くなりになった場合

お亡くなりになった日	改正後請求期限
平成18年 3月26日まで	平成34年 3月27日 <small>(改正前請求期限/平成24年3月27日)</small>
平成18年 3月27日から 平成20年11月30日まで	平成35年12月 1日 <small>(改正前請求期限/平成25年12月1日)</small>
平成20年12月 1日以降	死亡後15年以内 <small>(改正前請求期限/死亡後5年以内)</small>

②著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺・びまん性胸膜肥厚により お亡くなりになった場合

お亡くなりになった日	改正後請求期限
平成22年 6月30日まで	平成38年 7月 1日 <small>(改正前請求期限/平成28年7月1日)</small>
平成22年 7月 1日以降	死亡後15年以内 <small>(改正前請求期限/死亡後5年以内)</small>

労働者(労災保険に加入していた方)のご遺族を対象とする「特別遺族給付金」についても改正が行われました。

特別遺族給付金の請求手続きなどのご相談については、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署までお問い合わせください。

※特別遺族給付金との同時請求について

石綿を原因とする病気について、その原因が仕事によるものであるのか仕事以外のものであるのか分からない場合、特別遺族給付金の請求と救済給付の申請、あるいは労災保険法に基づく請求と救済給付の申請を同時に行うことも可能です。

お問い合わせ先

 独立行政法人 環境再生保全機構


〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310 ミュ-ザ川崎セントラルタワー9F

通話料無料

0120-389-931

さあはやく きゅうさい

ホームページ  <http://www.erca.go.jp/asbestos/>

石綿 救済 

受付時間 9:30~17:30(土・日・祝・年末年始12/29~1/3を除く)

石綿(アスベスト)工場の 元労働者やその遺族の方々に対する 和解手続による賠償金 のお支払いについて

1 大阪泉南アスベスト訴訟について

大阪泉南アスベスト訴訟は、大阪府南部・泉南地域の石綿(アスベスト)工場の元労働者やその遺族の方々などが、石綿による健康被害を被ったのは、国が規制権限を適切に行使しなかったためであるとして、損害賠償を求めた事案です。

この訴訟については、平成26年10月9日の最高裁判決において、昭和33年5月26日から昭和46年4月28日までの間、国が規制権限を行使して石綿工場に局所排気装置の設置を義務付けなかったことが、国家賠償法の適用上、違法であると判断されました。

2 今後のアスベスト訴訟における和解について

石綿(アスベスト)工場の元労働者やその遺族の方々、国に対して訴訟を提起し、一定の要件を満たすことが確認された場合には、国は、訴訟の中で和解手続を進め、損害賠償金をお支払いします。

(1) 和解の要件は、次のとおりです。

- ① 昭和33年5月26日から昭和46年4月28日までの間に、局所排気装置を設置すべき石綿工場内において、石綿粉じんにはく露する作業に従事したこと。
※労災保険や石綿健康被害救済法による給付を受けている方であっても、上記期間内に労働者として石綿粉じんにはく露する作業に従事した方は対象となります。
- ② その結果、石綿による一定の健康被害を被ったこと。
※「石綿による一定の健康被害」とは、石綿肺、肺がん、中皮腫、びまん性胸膜肥厚などをいいます。
- ③ 提訴の時期が損害賠償請求権の期間内であること。
※期間内であるかどうかについては、法律の専門家である弁護士などにお聞きください。

裏面もご覧ください



- (2) 訴訟においては、前記(1)の要件を満たすことについて、日本年金機構発行の「被保険者記録照会回答票」、都道府県労働局長発行の「じん肺管理区分決定通知書」、労働基準監督署長発行の「労災保険給付支給決定通知書」、医師の発行する「診断書」などの証拠によって確認できることを条件として、和解手続を進めることとなります。

3 和解によりお支払いする賠償金について

- (1) 和解により国がお支払いする賠償金の額は、疾患の種類や病状によって異なります。
- (2) また、最高裁判決では、国による賠償義務は、賠償基準額の2分の1を限度とすると判断されました。
- (3) このため、和解により国がお支払いする賠償金の額については、疾患の種類や病状に応じた賠償基準額の2分の1を限度として、算定を行います。

4 お問合せ先

詳細については、最寄りの法テラスや弁護士会などにご相談ください。

※法テラスとは、総合法律支援法に基づいて設立された日本司法支援センターの略称であり、司法制度をより国民に身近なものとし、全国どこでも法による紛争の解決に必要な情報やサービスを受けられるようにする総合法律支援機関です。

※最寄りの法テラスや弁護士会は、各機関のホームページからご覧いただけます。

法テラス (正式名称: 日本司法支援センター)

ホームページ <http://www.houterasu.or.jp/>

電話 0570-078374 (平日 9:00 ~ 21:00 土曜日 9:00 ~ 17:00)

日本弁護士連合会

ホームページ <http://www.nichibenren.or.jp/>

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査

受診カード

～肺がん検診を毎年受診しましょう～

過去に石綿のばく露を受けた可能性がありますので、
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。

お問合せ先

河内長野市立保健センター
河内長野市菊水町 2-13
☎0721-55-0301

毎年、肺がん検診を受診しましょう。

氏名

住所

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施機関	河内長野市立保健センター			
所 見				

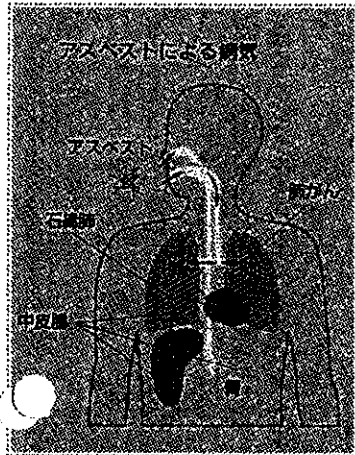
367

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施機関				
所 見				

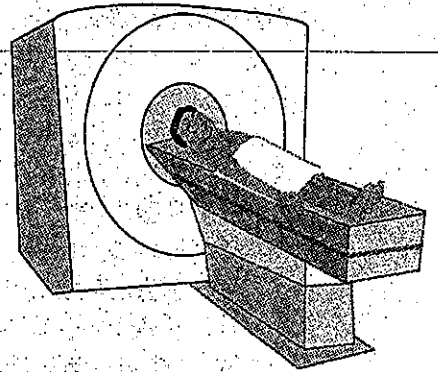
受診日、肺がん検診実施機関、所見等を記入してください。

石綿検診(石綿健康調査)のご案内

「石綿(アスベスト)ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施します。



石綿ばく露の不安がある人(本人か家族が石綿に関わる仕事をしてきた人、石綿を取り扱う工場の近くに居住していた人など)を対象に、無料で問診・胸部CT検査・結果説明会を行い、ご自身の健康状態を確認し、健康管理に役立つ機会としていただくために実施します。(※以降2年間本調査に参加していただき健康状況を確認するという同意が必要となります。)なお、この石綿検診は、環境省が行う「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に本市が参加することにより実施するものです。



◆検診の流れ◆

1. お申込み(電話) 保健センター
☎ 47-1551
※平成2年以前に市内に居住していたか、過去に国が定める地域に居住していた人が対象となります。(詳細は裏面をご覧ください。)
2. 検診の案内を保健センターから郵送します。(同意書・問診票を同封)
3. 検診当日
同意書を確認し、問診票に基づき、職歴や居住歴など石綿ばく露の可能性について聞き取りを行い、胸部CT検査を受けていただきます。
4. 結果説明会・保健指導
結果に応じて保健指導を受けていただきます。

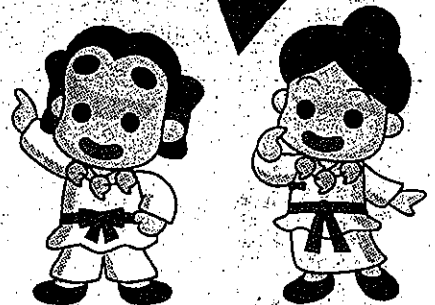
検査費は無料です

◆石綿検診日◆

平成30年 10月3日(水)
9:00~
場 所 保健センター
費 用 無料
申込開始日 9月5日(水)

★結果説明会★
平成30年 12月10日(月)
9:00~
場 所 保健センター

石綿(アスベスト)被害に不安を感じている人はいませんか?



問合せ・申込先：和泉市生きがい健康部 健康づくり推進室

368 健康増進担当 検診グループ TEL 47-1551

◆対象者

次の(1)~(4)のすべての条件を満たす人が対象です。

- (1) 市内在住
- (2) 平成2年以前に市内に居住していたか、国が定める地域に居住していた人[※]
- (3) 石綿ばく露の可能性のある人（本人か家族が石綿に関わる仕事をしていた人、石綿を取り扱う工場等の近くに居住していた人など）
- (4) 「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」の内容を理解し、調査の協力を同意いただける人

※国が定める地域に居住していた人

平成元年以前に神奈川県（横浜市鶴見区）に居住していた人

昭和57年以前に埼玉県（さいたま市）に居住していた人

または、平成元年以前に岐阜県（羽島市）に居住していた人

または、平成2年以前に大阪府（大阪市、堺市、岸和田市、貝塚市、八尾市、泉佐野市、河内長野市、和泉市、東大阪市、泉南市、阪南市、熊取町、田尻町及び岬町）に居住していた人

または、昭和30年から50年に兵庫県（尼崎市）に居住していた人

または、過去に兵庫県（神戸市、西宮市、芦屋市、加古川市）に居住していた人

または、平成元年以前に奈良県に居住していた人

または、平成16年以前に福岡県（北九州市門司区）に居住していた人

または、昭和33年から61年に佐賀県（鳥栖市）に居住していた人

※石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している人、職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる人、石綿関連疾患が原因で医療機関を受診している人は対象となりません。

今回、本市の石綿検診を受診される人は、環境省の「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」にご参加いただくこととなります。あらかじめ下記の内容についてご理解いただき、本市へ同意書の提出が必要となりますのでご注意ください。

- 胸部エックス線検査、胸部CT検査には、放射線被ばく等によるリスクがあります。
- 中皮腫等の石綿関連疾患について、必ずしも早期の段階で発見できるとは限りません。
- 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、予後の改善や完治につながるとは限りません。
- 調査への参加は本人の自由意思に委ねられています。なお、調査への参加に同意された場合でも随時撤回が可能です。
- 個人情報、和泉市において平成31年度（予定）までの調査期間中及び調査終了後も適正に管理・保管し、環境省が調査に必要な範囲で共同利用します。
- 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します。
- 読影の結果、医療が必要となった場合、和泉市が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ることがあります。
- 転居・病気等で調査に参加できず音信不通になった場合、和泉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。
- 調査実施期間は、平成30年度から平成31年度までの2年間（予定）としていますが、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。



平成30年9月7日

様

東保健センター所長

アスベスト検診および石綿ばく露者健康管理に係る試行調査のお知らせ

初秋の候、いかがお過ごしでしょうか。
下記のとおり肺がん検診（胸部エックス線撮影）を実施します。年1回は肺がん検診を受け、ご自身の健康管理を行いましょう。

記

1. 日時 平成30年10月5日（金）
受付：午後1時30分～2時00分（時間厳守）
2. 場所 東保健センター
3. 内容 問診 胸部エックス線撮影
4. 費用 無料
5. 申込方法 9月21日までにお電話でお申し込みください。
（お申し込みの際、10月5日のアスベスト検診を受診する旨をお伝えください。）

※なお、今年度も「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」につきまして継続して実施いたしますので、昨年、胸部CT検査を受けられた方につきましても胸部CT検査を希望される場合は、お申し込みの際にご相談ください。

胸部CT検査は、お申し込み後、がん循環器病予防センターにこちらから予約させていただきます。（平日の午前9:00～9:30ですので、予め、希望日を決めておいて下さい。）

※電話予約の後、調査票・同意書を送付させていただきます。ご記入の上、10月5日に必ずご持参ください。胸部エックス線撮影のみの方は、検診当日問診票をご記入いただきます。

東大阪市東保健センター
東大阪市南四条町1番1号
TEL072-982-2603

}

}

東大阪市 アスベスト検診 (胸部 CT 検査)を受けられる方へ

◆ 胸部 CT 検査の場所

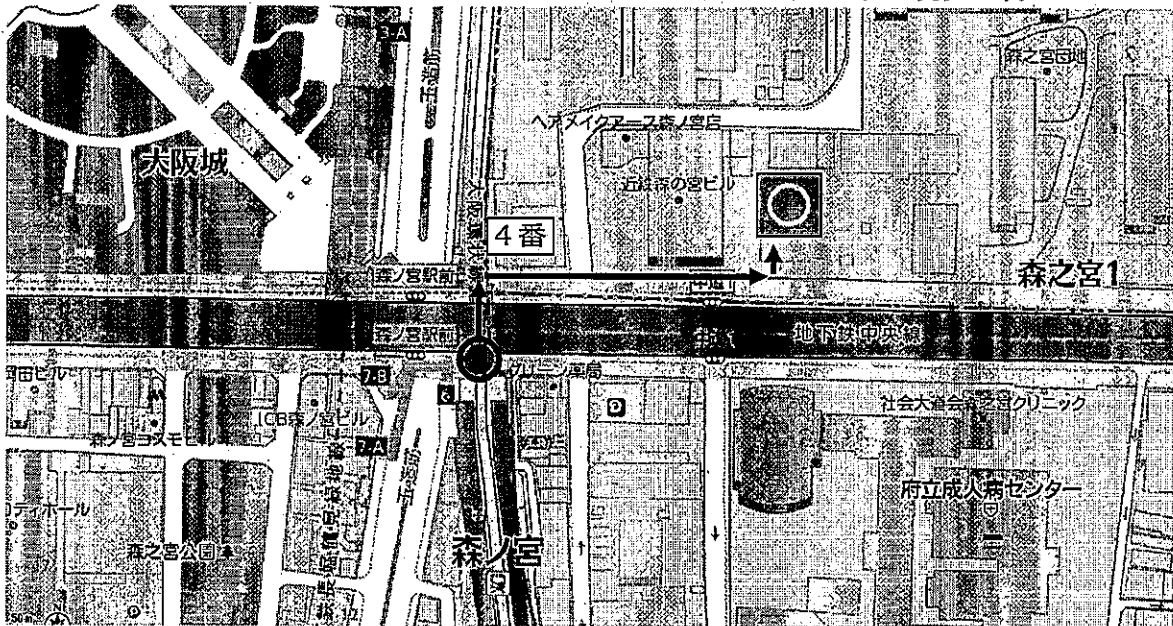


公益財団法人 大阪府保健医療財団
大阪がん循環器病予防センター
Osaka Center for Cancer and Cardiovascular Disease Prevention

〒536-8588 大阪市城東区森之宮1丁目6番107号
電話番号：06-6969-6711 (代表)

◆ 交通アクセス

- ・JR環状線「森ノ宮」下車 正面の横断歩道を渡り東へ徒歩2分
- ・地下鉄 中央線・長堀鶴見緑地線「森ノ宮」下車 4号出口東へ徒歩2分



◆ 持ち物

- ①健康保険証 ②大阪府における石綿ばく露に係る試行調査問診票の写し
- ③胸部エックス線検査画像データ (CD-R)

◆ 受付手順

1. 1階第2受付で「ピンク色の番号札」をとってお待ちください。
※迷われた場合は、近くの職員に声をかけてください
2. 番号を呼ばれましたら、保健センターでお渡しした書類等を出してください

さまの予約

月 日 () 時間:

3/2

[23312] : 石綿(アスベスト)検診を行います 添付ファイル一覧 スマホ確認 閉じる

プレビュー用URL (下記URLを文書管理システムに必ず記載してください。)
https://cms.city.higashiosaka.lg.jp/kanri/selsaku/web_confirm/contents_detail.php?frmId=23312&hcd=f43b421793

東大阪市

トップ	くらし	健康・医療 福祉	文化・スポーツ 協働	市政	市の紹介 みどころ	事業者の方へ
トップ	くらし	住まい・都市づくり	住まい・建築	アスベスト		

石綿(アスベスト)検診を行います

[2018年9月10日] ID:23312 ソーシャルサイトへのリンクは別ウィンドウで開きます

石綿(アスベスト)検診を行います

過去に石綿(アスベスト)にばく露した可能性のある方に対し、健康被害への不安をやわらげるとともにご自身の健康状態を確認し、健康管理に役立てていただくために検診を行います。
 この事業は環境省、大阪府から「石綿ばく露者の健康に係る試行調査」の委託をうけ、実施するものです。

「石綿ばく露者の健康被害に係る試行調査」とは

石綿健康相談(仮称)の実施を見据えた、環境省が実施するモデル事業です。
 試行調査の実施を通じて本実施主体、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についての調査研究を行います。

対象になる方

- 過去に石綿(アスベスト)にばく露した可能性のある方で(1)~(4)すべてにあてはまる方
- (1) 現在東大阪市内に居住している者
 - (2) 昭和57年以前に埼玉県(さいたま市中)に居住していた者
 または、平成元年以前に神奈川県(横浜市鶴見区)に居住していた者
 または、平成元年以前に岐阜県(羽島市)に居住していた者
 または、平成2年以前に、大阪府(大阪市、堺市、岸和田市、貝塚市、八尾市、泉佐野市、河内長野市、和泉市、東大阪市、泉南市、阪南市、熊取町、田尻町及び岬町)に居住していた者
 または、昭和30年から50年に兵庫県(尼崎市)に居住していた者
 または、過去に兵庫県(神戸市、西宮市、芦屋市、加古川市)に居住していた者
 または、平成元年以前に奈良県に居住していた者
 または、平成16年以前に福岡県(北九州市門司区)に居住していた者
 または、昭和33年から61年に佐賀県(鳥栖市)に居住していた者
 - (3) 石綿に関わる仕事をしていた方またはその家族。石綿を扱う工場などの近くに住んでいた方。
 - (4) 本調査の内容を理解し、調査の協力を同意する者
- ※石綿健康手帳を持っている方、職場などで石綿に関する特殊健康診断を受診できる方、石綿関連疾患で医療機関を受診している方は対象外です。

内容

問診・胸部エックス線検査・保健指導・胸部CT検査
 *胸部CT検査は後日、大阪がん循環器病予防センターでの実施となります。胸部CT検査の日程は予約後にお知らせいたします。
 *予約をされた方には事前に、問診票をお送りします。

374

場所・日時

東保健センター 平成30年10月5日(金曜日) 13時30分~14時30分
中保健センター 平成30年10月31日(水曜日) 13時30分~14時00分
西保健センター 平成30年10月30日(火曜日) 9時30分~11時00分

定員

各30名(予約制)
* 検診日の一週間前までにご予約をお願いします。

費用

無料

予約先

東保健センター 072-982-2603
中保健センター 072-965-6411
西保健センター 06-6788-0085

問合せ先

健康づくり課

お問合せ

東大阪市 健康部 保健所 健康づくり課
電話: 072(960)3802
ファクス: 072(960)3809
電話番号のかけ間違いにご注意ください!

[お問合せフォーム](#)

石綿(アスベスト)検診を行いますへの別ルート

[トップ](#) [健康・医療・福祉](#) [健康・医療](#) [ぜん息](#)
[トップ](#) [新着情報](#)

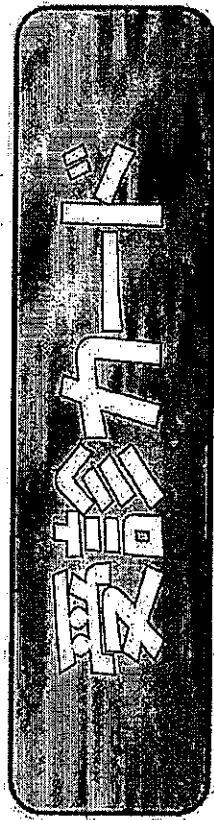
[▲ページの先頭へ戻る](#)

[サイトマップ](#) [市役所本庁舎へのアクセス](#) [東大阪市エリアマップ](#) [市ウェブサイトについて](#)

東大阪市政府 〒577-8521 東大阪市荒本北1丁目1番1号 【法人番号: 8000020272272】
電話: 06-4309-3000(代表)
月曜日~金曜日の9時~17時30分(祝日、12月29日~1月3日を除く)

Copyright © Higashiosaka City. All Rights Reserved.

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査



～肺がん検診を毎年受診しましょう～

お問合せ先

過去に石綿のばく露を受けた可能性がおりますので、
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。

毎年、肺がん検診を受診します。

氏名

住所

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施機関					
所 見					

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施機関					
所 見					

受診日、肺がん検診実施機関、所見等を記入してください。

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。

問診日

問診者

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※ 実際に住んでいた場所を、県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※ 場所が具体的に分からない場合については、分かる範囲で記載してください。

例えば、過去に、○○県□□市△△町○-○に居住していたが、□□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□□市までしか分からないが、家は●小学校の北側で■川の本流にあった。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		
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、○県○市○町○番地○まで詳しく記載してください。

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			

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

【③仕事で取り扱った材料・製品】

- 1 石綿原綿(わた・繊維)
- 2 石綿吹きつけ材
- 3 石綿フェルト
- 4 石綿保温材・煙突材
- 5 石綿含有屋根材、スレート
- 6 石綿紙
- 7 石綿セメント管・石綿パイプ
- 8 石綿含有ボード(外壁材・内装材)
- 9 石綿パッキング・ガスケット
- 10 石綿織物・布・ひも・テープ・リボンなど
- 11 石綿含有塗料、石綿含有シーリング材、石綿含有接着剤
- 12 石綿含有摩擦材(ブレーキパッドなど)
- 13 その他の石綿製品
- 14 いずれもない
- 15 わからない

【④職場のそばでの作業の有無】

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

【⑤仕事で頻繁に出入りしていた場所】

- 1 倉庫、車庫
- 2 部材置き場 (どこの)
- 3 配管・配線の現場 (どこの)
- 4 船体 (どこの)
- 5 その他()
- 6 不明
- 7 なし

【⑥職場に吹き付け石綿の部屋の有無】

- 1 ある
- 2 ない
- 3 不明

【⑦会社で労災認定の有無】(ある場合は認定年月日)

- 1 ある(認定年月日 年 月 日)
- 2 ない
- 3 不明

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査問診票(初回)

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ かいづか たろう		生年月日	明・大・昭・平	環境ID	—
氏名	貝塚 太郎		28年 7月 5日 (満 60 歳)		
現住所	〒598-XXXX	住所・電話番号も忘れず記入してください	性別	(男) ・ 女	
	貝塚市〇〇町×丁目△番〇号		電話番号	0721-XX-XXXX	
			携帯電話番号	090-XXXX-XXXX	

あてはまる□に印をつけてください。

1. この健康リスク調査を受ける理由は何ですか。 **複数回答可**

(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日曜大工をしていた。

(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)。 **お気づきの点についてどのような事でもご記入ください。**

(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

2. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。

(1) 通院中 ①いつ頃から(**現在③にある肺の病気でも通院中の方にご記入願います。**)
 ②治療中の病院名()
 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"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(2) 以前にあったが、今は治っている。 **③にある肺の病気にこれまでにかかった方にご記入願います。**

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"/> 肺気腫	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(3) なし

3. 現在何か症状がありますか。 **現在の症状についてご記入ください。**

(1) ある ①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**))

②症状は(発熱 ・ **せき** ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

(2) なし

4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。

ご家族の石綿関連疾患についてご記入ください。

(1) ある

① 誰が(父)

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(平成10年に見つかった)

④ 通院していた病院名(大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)

(2) なし

(3) わからない

5. 喫煙の有無

喫煙習慣についてご記入ください。

(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 20 本

② 何歳～何歳(何年間)(20 歳～ 35 歳(15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(21年 7月ごろ)・医療機関名(職場健診)

(1年程度前まで)

結果 特になし 通院している(疾患名

これまでに受けられた検査の一番最近のものを記入ください。

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。

お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。

問診日

問診者

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 28年 4月 ~ 55年 6月	岸和田市〇〇町	100m南に〇〇郵便局があった
昭和・平成 55年 6月 ~ 年 月	貝塚市〇〇町×丁目△番〇号	
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		

町名までで番地までわからない場合は、近隣の目標物等を備考欄にご記入ください。
旧の居住表示しかわからない場

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 34年 4月 ~ 40年 3月	〇〇小学校	岸和田市〇〇町	
昭和・平成 40年 4月 ~ 43年 3月	〇〇中学校	岸和田市〇〇町	
昭和・平成 43年 4月 ~ 46年 3月	〇〇高校	貝塚市△△町	
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			

公私立小中学校、高校、大学の場合は学校名のみでも可。（廃校の場合を除く）

11. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	(あり) なし	備考
-----	--------------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。
 ※ 企業名は覚えているが所在地を覚えていない場合、企業名の所在地について、○○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。

従事した時期 S・H 年 月 - 年 月	企業名 所在地 ○○建設 ○県○市○町○番地○	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
				① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
S・H 46年4月 - 50年3月	○○建設 岸和田市○町	溶接作業	無し							
S・H 50年4月 - 年 月	○○建設(株) 泉佐野市△町	廃材の運搬	S50~H2							
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										

アルバイトなども含め、覚えておられる範囲で職歴をご記入ください。具体的な仕事の内容もご記入ください。

石綿に関して通算 年 月

12. 家族の職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。

※ 家族の職業歴があり、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 ○○建設 ○県○市○町○番地○	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
(例)父	S・H 年 月 - 年 月	○○建設 ○県○市○町○番地○	石綿吹き付け作業								
兄	S・H 43年4月 - 60年3月	○○会社 ○○市内	石綿を使った保温材の製造	S43.4~ S55.3							
	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										

同居されていたご家族の職歴を②と同様にご記憶の範囲でご記入ください。なお、石綿に関連するもののみご記入ください。

続柄 石綿に関して通算 年 月

続柄 石綿に関して通算 年 月

受診者の家庭生活等について記入願います。(複数回答)

石綿はく露があったと思われる項目について
チェックして、期間をご記入ください。

1. 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった
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。 S43 年～ S55 年(通算 12 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。
(都道府県名・市町村名) 年～ 年(通算 年)
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)
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)
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)
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)
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)
10. いずれもない
11. わからない

ヘリカルCT申込み用紙

整理番号

※太枠の中のあてはまる所を、ご記入 及び ○で囲んでください。

ふりがな						
氏名	(男 ・ 女)					
生年月日	昭和	年	月	日	() 歳
住所	泉南市					
電話番号	-					
受診理由 ([] たばこをよく吸う(吸っていた) (肺がん検診を希望する) ※①50歳以上の喫煙者で禁煙指数が600以上 ②50歳以上で過去②に該当し、禁煙して5年以内					
	[] アスベストに不安がある(アスベスト検診を希望する)					
12月18日 (火)	肺がん	[]	9:30	[]	10:00	[] 10:30
	アスベスト	[]	10:40	[]	11:00	[] 11:30

切り取り

ヘリカルCT予約票

(氏名

)

平成30年12月18日(火)

(9:30 10:00 10:30 / 10:40 11:00 11:30

【持ち物】健康手帳(ない方は当日発行します)

【ご注意】

とても少ない線量(0.7mSv程度)ですがX線を使用しますので、妊娠の可能性のある方は受けられません。

【検査に望ましい服装】

- 上半身のみ肌着1枚、または無地のTシャツなどの軽装で撮影をします。
- プリント付きTシャツ、ブラジャー、ネックレス、金具、プラスチック、湿布、貼るカイロ、エレキバンはフィルムに写りますのではずしてください。

【石綿(アスベスト検診)ばく露者の健康管理に係る試行調査について】

石綿取扱施設周辺に住んでいた等で石綿ばく露にあった方の健康管理のあり方を検討し不安を解消することを目的に実施している調査です。

内容は、問診、CT検査、結果説明会(後日)です。

「問診・検査」と「結果説明会」の2日間お越しいただける方のみ申込み可能です。

400

問い合わせ先：泉南市立保健センター

電話：072-482-7615

C

C

石綿試行調査継続問診票

※太枠のみ記載して下さい。

環境ID ー

フリガナ				明・大・昭・平
氏名	生年月日			年 月 日 歳(満 歳)
現住所	〒 ー			性別 男・女
	泉南市			電話番号 () ー
				携帯電話番号 () ー
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				
検診日	平成 年 月 日	団体名		
XP検診番号	-	団体コード		
CT検診番号	-		団体使用欄1	
			団体使用欄2	

あてはまる口に印をつけてください。

<p>1. この試行調査を受ける理由はなんですか。</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>()</p>
<p>2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> ある ①いつ頃から()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> なし</p>
<p>3. 現在、肺の病気で病院へ通院していますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 通院中 ①いつ頃から()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>③治療している病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <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()</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 前回の問診以降にあったが、今は治っている。</p> <p>①いつから、いつまで()</p> <p>②症状は(発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())</p> <p>③治療していた病院名()</p> <p>③病名にチェックしてください。</p> <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()</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 前回の問診以降、通院していない。 (402)</p>

C

C

4. 前回の健康リスク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、職場健診等を記載して下さい。

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()

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。

問診日

問診者

C

C

記入例

石綿試行調査継続問診票

※太枠のみ記載して下さい。

環境ID -

フリガナ	せんなん たろう	生年月日	明・大 昭 ・平 28年 7月 5日 (満 60 歳)
氏名	泉南 太郎	性別	男 ・女
現住所	〒590-05×× 泉南市〇〇町×丁目△番〇号	電話番号	072-4××-××××
		携帯電話番号	090-××××-××××

住所電話番号も忘れず記入してください

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。同じ場合は、同上と記載して下さい。

住民票の住所地	同上	第2期調査が終わった後5年後とか10年後にお問合せする場合がありますので、現住所と住民票の所在地が異なる場合、住民票の所在地をご記入ください。ご協力お願いします。
---------	----	---

検診日	平成 年 月 日	団体名		団体使用欄1			
XP検診番号	-	団体コード		団体使用欄2			
CT検診番号	-						

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。 複数回答可

(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日曜大工をしていた。

(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。 お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。)

(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

2. 現在、何か肺に関して症状がありますか。 現在の症状についてご記入ください。

(1) ある ①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**)

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。 現在③にある肺の病気で通院中の方にご記入願います。

(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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(2) 前回の問診以降に病気があつたが、今は治っている。 前回から③にある肺の病気にかかられて治った方にご記入願います。

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()

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	10 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気()
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	

(3) 前回の問診以降、通院していない。 406

C

C

4. 前回の健康リスク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。

3ヶ月前から今回までに医療機関等で検査された方は「ある」にチェックを入れ受診時期等をご記入下さい。

理由の欄には、人間ドック、職場健診等を記載して下さい。

胸部X線検査 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> ある	時期(H25年 9月頃)	検査機関名(○○クリニック)
	理由(職場健診)	検査機関電話番号(072-4xx-xxxx)
胸部CT検査 <input checked="" 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

前回の健康リスク調査から今回までに新たに発症された方がおられましたらご記入ください。

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どの医療機関()

(2) なし

(3) わからない()

6. 現在の喫煙の有無

喫煙習慣についてご記入ください。

(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 20 本

②何歳～何歳(何年間)(20 歳～ 35 歳(15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()

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。

お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。

問診日

問診者

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

職歴に関するチェック項目

【①業種】

- | | |
|--|--|
| 1 鉱業 | 4 電気・ガス・熱供給・水道業 |
| 11 <input type="checkbox"/> 石綿鉱業 | 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"/> 石綿含有製品を取り扱う作業 | 44 <input type="checkbox"/> 熱供給業 |
| 22 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品の近傍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 石綿製品製造業 | 52 <input type="checkbox"/> 道路貨物運送業 |
| 31 <input type="checkbox"/> 清酒製造業 | 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・同製品製造業 | 61 <input type="checkbox"/> 医療業 |
| 342 <input type="checkbox"/> セメント・同製品製造業 | 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・同関連製品製造業 | 72 <input type="checkbox"/> 自動車整備業 |
| 35 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業 | 73 <input type="checkbox"/> 機械等修理業 |
| 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・鉛などの板・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"/> 農薬、パ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) |

【③仕事で取り扱った材料・製品】

- 1 石綿原綿(わた・繊維)
- 2 石綿吹きつけ材
- 3 石綿フェルト
- 4 石綿保温材・煙突材
- 5 石綿含有屋根材、スレート
- 6 石綿紙
- 7 石綿セメント管・石綿パイプ
- 8 石綿含有ボード(外壁材・内装材)
- 9 石綿パッキング・ガスケット
- 10 石綿織物・布・ひも・テープ・リボンなど
- 11 石綿含有塗料、石綿含有シーリング材、石綿含有接着剤
- 12 石綿含有摩擦材(ブレーキパッドなど)
- 13 その他の石綿製品
- 14 いずれもない
- 15 わからない

【④職場のそばでの作業の有無】

- 1 石綿含有製品(チューブ・パイプ・板・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 溶接
- 3 支柱・隔壁・ガード(garder)に耐火塗装をおこなったり、はがしたりする。
- 4 その他
- 5 不明
- 6 なし

【⑤仕事で頻繁に出入りしていた場所】

- 1 倉庫、車庫
- 2 部材置き場 (どこの)
- 3 配管・配線の現場 (どこの)
- 4 船体 (どこの)
- 5 その他()
- 6 不明
- 7 なし

【⑥職場に吹き付け石綿の部屋の有無】

- 1 ある
- 2 ない
- 3 不明

【⑦会社で労災認定の有無】(ある場合は認定年月日)

- 1 ある(認定年月日 年 月 日)
- 2 ない
- 3 不明

記入例

石綿試行調査問診票

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ せんなん たろう		環境ID	—	
氏名	泉南 太郎	生年月日	明・大・ 昭 ・平 28年 7月 5日 (満 60 歳)	
現住所	〒590-05×× 泉南市〇〇町×丁目△番〇号	性別	(男) ・ 女	
		電話番号	072-4××-××××	
		携帯電話番号	090-××××-××××	
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。同じ場合は、同上と記載して下さい。				
住民票の住所地	同上	第2期調査が終わった後、5年後とか10年後にお問合せする場合がありますので、現住所と住民票の所在地が異なる場合、住民票の所在地をご記入ください。ご協力お願いします。		
検診日	平成 年 月 日	団体名		
XP検診番号	-	団体コード		
CT検診番号	-	団体使用欄1		
		団体使用欄2		

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。

複数回答可

- (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日曜大工をしていた。
- (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。)

(子供のころ石綿取扱施設内で遊んでいた)

お気づきの点について、どのような事でもご記入ください。

2. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。

(1) 通院中 ①いつ頃から()

現在③にある肺の病気で通院中の方にご記入願います。

②治療中の病院名()

③病名にチェックしてください。

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

(2) 以前にあったが、今は治っている。

③にある肺の病気にこれまでにかかられた方にご記入願います。

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

(3) なし

3. 現在何か症状がありますか。

現在の症状についてご記入ください。

- (1) ある ①いつ頃から(**8月の終わりくらいから**)
- ②症状は(発熱 ・ **せき** ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他())

(2) なし

4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。

家族の石綿関連疾患について記入ください。

(1) ある

① 誰が (父)

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 (平成 10 年に見つかった)

④ 通院していた病院名 (大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)

(2) なし

(3) わからない

5. 喫煙の有無

喫煙習慣について記入ください。

(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 20 本

② 何歳～何歳(何年間)(20

歳～ 35

歳(15 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 (25 年 7 月ごろ) ・ 医療機関名 (職場健診)

(1年程度前まで)

結果 特になし 通院している(疾患名

これまで受けた検査の一番最近のものを記入ください。

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。

お気づきの点について、どのような事でも記入ください。

問診日

問診者

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※ 実際に住んでいた場所を、県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※ 場所が具体的に分からない場合については、分かる範囲で記載してください。

例えば、過去に、○県□□市△△町○-○に居住していたが、□□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□□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 28年 4月 ~ 55年 6月	○市□□町	00m南に○郵便局があった
昭和・平成 55年 6月 ~ 年 月	○市○町×丁目△番○号	
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		
昭和・平成 年 月 ~ 年 月		

町名までで番地までわからない場合は、近隣の目標物等を備考欄にご記入ください。
旧の居住表示しかわからない場

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、○県○市○町○番地○まで詳しく記載して下さい。

通学した時期	学校名	所在地	備考
昭和・平成 34年 4月 ~ 40年 3月	○小学校	泉南市○町	
昭和・平成 40年 4月 ~ 43年 3月	○中学校	泉南市□□町	
昭和・平成 43年 4月 ~ 46年 3月	○高校	○市△△町	
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			
昭和・平成 年 月 ~ 年 月			

公私立小中学校、高校、大学の場合には学校名のみでも可。(廃校の場合を除く)

11. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	(あり) なし	備考
-----	--------------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。

※ 企業名は覚えているが所在地を覚えていない場合、企業名の所在地について、○○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。

従事した時期 S・H 年 月 - 年 月	企業名 所在地 ○○建設 ○県○市○町○番地○	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
				① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
S・H 46年4月 - S・H 50年3月	○○建設 ○○市○町	溶接作業	無し							
S・H 50年4月 - S・H 年 月	○○建設(株) ○○市△町	鹿材の運搬	S50~HZ							
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										

アルバイトなども含め、覚えておられる範囲で職歴をご記入ください。具体的な仕事の内容もご記入ください。

問診時に聞き取りながら記入しますので、空欄で結構です。

石綿に関して通算 年 月

12. 家族の職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。

※ 家族の職業歴があり、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 - S・H 年 月	会社名 所在地 ○○建設 ○県○市○町○番地○	仕事の内容 石綿吹き付け作業	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
(例)父	S・H 年 月 - S・H 年 月	○○建設 ○県○市○町○番地○	石綿吹き付け作業								
兄	S・H 43年4月 - S・H 60年3月	○○会社 ○○市内	石綿を使った保温材の製造	S43.4~ S55.3							
	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										

※ 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。

同居されていたご家族の職歴を②と同様にご記憶の範囲でご記入ください。なお、石綿に関連するもののみご記入ください。

問診時に聞き取りながら記入しますので、空欄で結構です。

続柄 石綿に関して通算 年 月

続柄 石綿に関して通算 年 月

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※ 実際に住んでいた場所を、県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※ 場所が具体的に分からない場合については、分かる範囲で記載してください。

例えば、過去に、○○県□□市△△町○-○に居住していたが、□□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□□市までしか分からないが、家は●●小学校の北側で■川の実横にあった。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 28年 4月 55年 6月 ~	○○市□□町	100m南に○○郵便局があった
昭和・平成 55年 6月 年 月 ~	○○市○○町×丁目△番○号	
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		

町名までで番地までわからない場合は、近隣の目標物等を備考欄にご記入ください。旧の居住表示しわからない場合は、旧表示で結構です。

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、○県○市○町○番地○まで詳しく記載して下さい。

通学した時期	学校名	所在地	備考
昭和・平成 34年 4月 40年 3月 ~	○○小学校	泉南市○○町	
昭和・平成 40年 4月 43年 3月 ~	○○中学校	泉南市□□町	
昭和・平成 43年 4月 46年 3月 ~	○○高校	○○市△△町	
昭和・平成 年 月~ 年 月			
昭和・平成 年 月~ 年 月			
昭和・平成 年 月~ 年 月			

公私立小中学校、高校、大学の場合は、学校名のみでも可。（廃校の場合を除く）

11. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	○あり なし	備考
-----	-------------	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。
 ※ 企業名は覚えている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	企業名 所在地	仕事の内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
				① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
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								
S・H 46年4月 - 50年3月	〇〇鉄工 〇〇市〇町	溶接作業	無し	問診時に聞き取りながら記入しますので、空欄で結構です。						
S・H 50年4月 - 年月	〇〇建設(株) 〇〇市△町	廃材の運搬	S50~HZ							
S・H 年月 - 年月										
S・H 年月 - 年月	アルバイトなども含め、覚えておられる範囲で職歴をご記入ください。具体的な仕事の内容もご記入ください。									
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										
				石綿に関して通算 年 月						

12. 家族の職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。

続柄	同居していた期間	会社名 所在地	仕事内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					① 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
※ 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)父	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								
兄	S・H 43年4月 - 60年3月	〇〇会社 〇〇市内	石綿を使った保温材の製造	S43.4 ~ S55.3	問診時に聞き取りながら記入しますので、空欄で結構です。						
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月	同居されていたご家族の職歴を②と同様、ご記憶の範囲でご記入ください。 なお、石綿に関連するもののみご記入ください。									
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
	S・H 年月 - 年月										
				続柄 石綿に関して通算 年 月							
				続柄 石綿に関して通算 年 月							

受診者の家庭生活等について記入願います。(複数回答可)

石綿ばく露があったと思われる項目
についてチェックして、期間をご記入
ください。

1. 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった。
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。 S43 年～ S55 年(通算 12 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。
(都道府県名・市町村名) 年～ 年(通算 年)
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)
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)
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)
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)
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)
10. いずれもない
11. わからない

C'

C'

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査とは

泉南市では今年度も下記の目的で「石綿試行調査」を実施します。この調査は平成 26 年度まで実施されていた“一般環境経路による石綿ばく露健康リスク調査のための検診”を、平成 27 年度より“試行調査”として、環境省及び大阪府から委託を受け実施するものです。調査実施期間は、平成 27 年度から平成 31 年度の5年間の予定です。

【石綿試行調査の目的】

試行調査の対象となる自治体において、石綿検診の実施を見据え、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します。

【石綿の試行調査】

対象者 以下の①から④の全てにあてはまる方

- ① 現在泉南市に住民票がある方
- ② 調査対象地域やその周辺で石綿取扱い施設が稼働していた等石綿飛散が発生した可能性のある時期に当該調査対象地域に居住していた方
- ③ 泉南市が検査を実施する医療機関等で検査を受けることができる方
- ④ 試行調査の内容を理解し、調査への協力を同意する方

ただし、下記の者は本調査の対象外です。

- ・ 労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している方
- ・ 石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる方
- ・ 石綿関連疾患が原因で医療機関を継続的に受診し、石綿関連疾患に係る健康管理が行われている方

内容 問診・胸部 CT 検査・保健指導

精密検査（胸部 CT 検査の結果、石綿を原因とする肺疾患が疑われる場合に限り）

- ※ 胸部 X 線撮影は試行調査では実施しません。泉南市が実施する肺がん検診を受診下さい。
- ※ 胸部 CT 検査は調査対象者ご本人が強く検査を望む場合に、受診が可能です。

費用 無料

事業の流れ

- 1) **問診** 質問票を用いて、石綿ばく露の状況の聴取
- ↓
- 2) **検査** 石綿ばく露の評価 胸部 CT 検査 画像の読影
- ↓
- 3) **結果説明** 初回受診された方、精密検査が必要となった方等
- ↓
- 4) **フォローアップ** 受診カードの配布、肺がん検診の継続受診（要精密検査対象者以外）
希望する方には年に1回に限り胸部 CT 検査を実施



{

{

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」のご案内

平成 27 年度以降“石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査(以後「石綿施行調査」と表記)”に参加された方に、今年度のヘリカルCT検査もしくは胸部レントゲン検査のご案内をさせていただきます。実施日時は、下記のとおりです。申込みの際は、「石綿試行調査」の受診であることを必ずお伝えください。ヘリカル CT 検査(低線量CT)をご予約いただいた方には、後日問診票をお送りします。なお、すでにご予約いただいている場合は、ご容赦ください。

*「石綿試行調査」の詳細につきましては、別紙“石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査とは”をご参照ください。

【日程】

◎ **ヘリカルCT検査(低線量CT)**

9月3日(月)	午前	予約受付中
12月18日(火)	午前	予約受付中

※CTをご希望の方で、上記の日程で不都合な場合はご相談ください。

◎ **胸部レントゲン検査(肺がん検診)**

H30年9月18日(火)	午前	予約受付中
H30年10月30日(火)	午前	9月11日(火)より 受付開始
H30年11月5日(月)		
H30年12月13日(木)		
H31年1月11日(金)		
H31年2月14日(木)		

【申込み】予約制(保健センター受付または電話 072-482-7615 まで)

※申込み時に「石綿施行調査」の受診であることをお伝えください。

【費用】 無料

【携行品】 健康手帳

受診カード(お持ちの方は持参ください)

*受診カードを紛失された方には再発行します。

泉南市立保健センター
(泉南市健康福祉部保健推進課)
住 所 : 泉南市信達市場 1584-1
電 話 : 072-482-7615
担 当 : 澤(さわ)



石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査とは

泉南市では今年度も下記の目的で「石綿試行調査」を実施します。この調査は平成 26 年度まで実施されていた“一般環境経路による石綿ばく露健康リスク調査のための検診”を、平成 27 年度より“試行調査”として、環境省及び大阪府から委託を受け実施するものです。調査実施期間は、平成 27 年度から平成 31 年度の5年間の予定です。

【石綿試行調査の目的】

試行調査の対象となる自治体において、石綿検診の実施を見据え、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します。

【石綿の試行調査】

対象者 以下の①から④の全てにあてはまる方

- ① 現在泉南市に住み票がある方
- ② 調査対象地域やその周辺で石綿取扱い施設が稼働していた等石綿飛散が発生した可能性のある時期に当該調査対象地域に居住していた方
- ③ 泉南市が検査を実施する医療機関等で検査を受けることができる方
- ④ 試行調査の内容を理解し、調査への協力に同意する方

ただし、下記の者は本調査の対象外です。

- ・ 労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している方
- ・ 石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる方
- ・ 石綿関連疾患が原因で医療機関を継続的に受診し、石綿関連疾患に係る健康管理が行われている方

内容 問診・胸部 CT 検査・保健指導、

精密検査（胸部 CT 検査の結果、石綿を原因とする肺疾患が疑われる場合に限る）

※ 胸部 X 線撮影は試行調査では実施しません。泉南市が実施する肺がん検診を受診下さい。

※ 胸部 CT 検査は調査対象者ご本人が強く検査を望む場合に、受診が可能です。

費用 無料

事業の流れ

- 1) **問診** 質問票を用いて、石綿ばく露の状況の聴取
- ↓
- 2) **検査** 石綿ばく露の評価 胸部CT検査 画像の読影
- ↓
- 3) **結果説明** 初回受診された方、精密検査が必要となった方等
- ↓
- 4) **フォローアップ** 受診カードの配布、肺がん検診の継続受診（要精密検査対象者以外）
希望する方には年に1回に限り胸部CT検査を実施



ヘリカルCT申込み用紙

整理番号

※太枠の中のあてはまる所を、ご記入 及び ○で囲んでください。

ふりがな				
氏名	(男 ・ 女)			
生年月日	昭和	年	月 日 () 歳	
住所	泉南市			
電話番号	-			
受診理由	[] たばこをよく吸う(吸っていた) (肺がん検診を希望する) ※50歳以上の喫煙者で禁煙指数が600以上			
	[] アスベストに不安がある (アスベスト検診を希望する)			
9月3日 (月)	肺がん []	9:30 []	10:00 []	10:30 []
	アスベスト []	10:40 []	11:00 []	11:30 []

切り取り

ヘリカルCT予約票

(氏名)

平成30年9月3日(月)				
9:30	10:00	10:30	11:00	11:30

【持ち物】健康手帳(ない方は当日発行します)

【ご注意】

とても少ない線量(0.7mSv程度)ですがX線を使用しますので、妊娠の可能性のある方は受けられません。

【検査に望ましい服装】

- 上半身のみ肌着1枚、または無地のTシャツなどの軽装で撮影をします。
- プリント付きTシャツ、ブラジャー、ネックレス、金具、プラスチック、湿布、貼るカイロ、エレキバンはフィルムに写りますのではずしてください。

問い合わせ先：泉南市立保健センター

電話：072-482-7615

3

3

低線量CT検査を受診される方へ

【検査時の服装など】

- 上半身のみ肌着1枚、またはプリントのない無地のTシャツなどご準備ください。
ボタン、ラメ、プラスチック、ビーズ付きは不可です。
- ネックレス、金属、プラスチック、湿布、カイロ、エレキバン、ホックやワイヤー付きブラジャーは検査時は外してください。

【下記の方は検査を受けることができません】

- 妊娠の可能性のある方
- ペースメーカーを装着されている方
(ペースメーカーを装着されている方は専門医療機関を受診してください。)
- 一週間以内に胃X線造影(バリウム)を受けられた方

【その他】

- 検査機関の低線量CTによる放射線被ばく量は0.7mSv程度で、年間放射被ばく線量約2.4mSvの1/3の程度です。(検査機関である大阪がん循環器病予防センターの説明による)
- 問診や検査状況により、順番が前後することがありますが、ご了承ください。

泉南市立保健センター

低線量CT検査を受診される方へ

【検査時の服装など】

- 上半身のみ肌着1枚、またはプリントのない無地のTシャツなどご準備ください。
ボタン、ラメ、プラスチック、ビーズ付きは不可です。
- ネックレス、金属、プラスチック、湿布、カイロ、エレキバン、ホックやワイヤー付きブラジャーは検査時は外してください。

【下記の方は検査を受けることができません】

- 妊娠の可能性のある方
- ペースメーカーを装着されている方
(ペースメーカーを装着されている方は専門医療機関を受診してください。)
- 一週間以内に胃X線造影(バリウム)を受けられた方

【その他】

- 検査機関の低線量CTによる放射線被ばく量は0.7mSv程度で、年間放射被ばく線量約2.4mSvの1/3の程度です。(検査機関である大阪がん循環器病予防センターの説明による)
- 問診や検査状況により、順番が前後することがありますが、ご了承ください。

泉南市立保健センター

}

}

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」のご案内

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に今年度もお申込みいただきありがとうございます。
この封書の中に、石綿試行調査問診票を同封しています。わかる範囲で結構ですので、記入例を参考に問診票にご記入いただき、検査当日にお持ちください。

また、同封の「低線量CT検査を受診される方へ」に事前に目を通していただきますよう、お願い致します。

日時 **平成 30 年 9 月 3 日(月) 13 時 30 分**

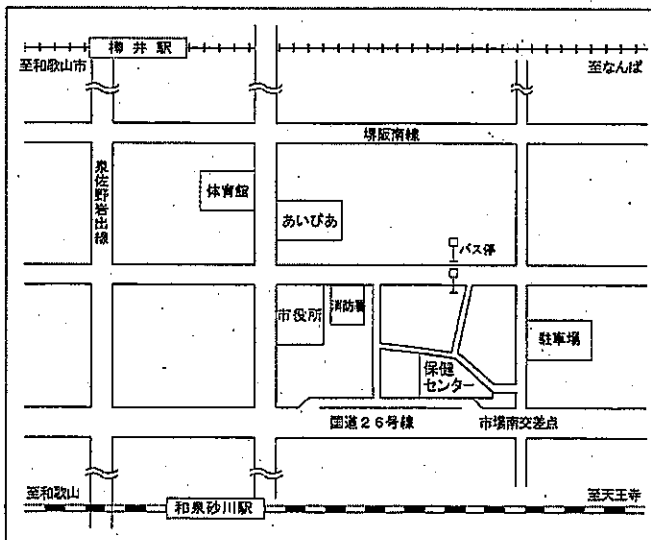
所要時間は1時間程度を予定しています

場所 **泉南市立保健センター**

持ち物 ①問診票(わかる範囲でご記入ください)

②健康手帳(お持ちでない場合は、当日発行します)

③受診カード(お持ちでない場合は、当日発行します)



泉南市立保健センター

住所 泉南市信達市場 1584-1

電話 072-482-7615

担当 澤

開館時間:午前 9 時～午後 5 時 30 分

土・日・祝日・年末年始は休館

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」のご案内

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」にお申込みいただきありがとうございます。

この封書の中に、同意書・石綿試行調査問診票を同封しています。わかる範囲で結構ですので、記入例を参考に問診票にご記入いただき、同意書と合わせてお持ちください。

「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」の詳細につきましては、同封しております説明をお読みください。また同封の「低線量CT検査を受診される方へ」に事前に目を通していただきますよう、お願い致します。

日時

平成30年9月3日(月)

時 分 ~

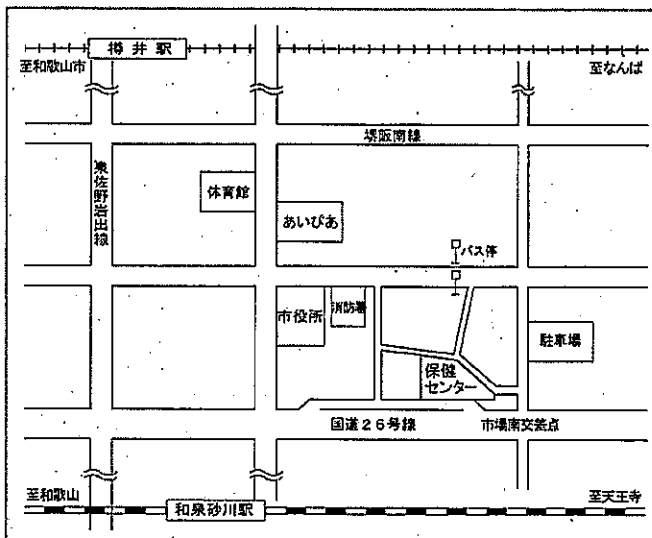
所要時間は1時間程度を予定しています

場所

泉南市立保健センター

持ち物

- ① 問診票(わかる範囲でご記入ください)
- ② 同意書
- ③ 健康手帳(お持ちでない場合は、当日発行します)



泉南市立保健センター

住所: 泉南市信達市場 1584-1

電話: 072-482-7615

担当: 澤

開館時間: 午前9時~午後5時30分

土・日・祝日・年末年始は休館

同意書

大阪府知事 様
泉南市長 様

平成 年 月 日

私は、大阪府・泉南市が実施す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、理解しましたので、調査に協力することに同意します。

- ① 医学的検査自体による放射線被ばく等によるリスクがあること
- ② 各検査で、それぞれの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、必ずしも臨床的に早期の段階で発見できるとは限らないこと
- ④ 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、予後の改善や完治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 個人情報は大阪府・泉南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、環境省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
- 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、その際得られた連絡先や問診内容や検査結果等を大阪府・泉南市で使用すること
- 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 読影の結果、医療が必要となった場合、大阪府・泉南市が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること

(裏に続く)

- 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、大阪府等が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があること
- 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 労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している又は交付要件に該当している者、石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる者、石綿関連疾患が原因で医療機関を受診し、継続的に石綿関連疾患に係る健康管理が行われている者は、本調査の対象外となること。
- ⑭ 精密検査については府が指定する精密検査医療機関以外で受けた場合、本試行調査の対象外となり、自己負担金を支払うこととなること。

<調査の目的>

試行調査は、試行調査の対象となる自治体において、石綿検診の実施を見据え、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。

(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。

石綿試行調査質問票

フリガナ		環境ID	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳(満 歳)
現住所	〒 ー 泉南市	性別	男・女
		電話番号	ー ー
		携帯電話番号	ー ー
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			
検診日	平成 年 月 日	団体名	団体使用欄1
XP検診番号	ー	団体コード	団体使用欄2
CT検診番号	ー		

○ ちてはまる口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) 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日曜大工をしていた。
- (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) 通院中 ①いつ頃から())
②治療中の病院名())
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 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) 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. 肺結核 4. 慢性気管支炎 7. 肺気腫 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) なし

3. 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) なし

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。

問診日

問診者

}

}

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※ 実際に住んでいた場所を、県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※ 場所が具体的に分からない場合については、分かる範囲で記載してください。

例えば、過去に、○○県□□市△△町○-○に居住していたが、□□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□□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		
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、○県○市○町○番地○まで詳しく記載して下さい。

通学した時期	学校名	所在地	備考
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			

}

}

11. 本人の職歴を記載してください。

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

職業歴	あり	なし	備考
-----	----	----	----

●職業歴が「あり」の場合は、下記に職歴を、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。

※ 企業名は覚えている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	企業名 所在地	仕事の内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
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 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
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										

石綿に関して通算 年 月

12. 家族の職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。

※ 家族の職業歴があり、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	会社名 所在地	仕事の内容	この期間で石綿を扱っていたと思われる時期	問診者チェック欄 (⑥⑦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)父	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 業種	② 内容	③ 取扱材料	④ 近傍作業	⑤ 出入場所	⑥ 吹付部屋	⑦ 労災認定
	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										

続柄 石綿に関して通算 年 月

続柄 石綿に関して通算 年 月

}

}

受診者の皆様

平成 30 年 12 月 18 日に受診されました石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査（ヘリカルCT検査）の結果を同封いたします。今回の結果が「異常なし」の方、前回の結果と総合所見及び指示が同じ方は、郵送にて結果を返送させていただきます。検査の結果につきましては、健康手帳及び受診カードにご記入くださいますよう、よろしくお願い致します。

次年度におきましても、指示をご確認の上、肺がん検診（胸部X線撮影）もしくはヘリカルCT検査をお受けください。

喫煙者の方へ 肺がん予防のために禁煙は重要です！

石綿と喫煙の両方のばく露を受けると、肺がんの危険性は非常に高くなることが知られています。

喫煙しない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は10倍、石綿ばく露者は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！ 将来の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。ご自身のためにぜひ禁煙にチャレンジしてください！！

肺がん 相対危険度		石綿ばく露	
		なし	あり
喫煙	なし	1.00	5.17
	あり	10.85	53.24

出典：Hammond & Selikoff (1979)

禁煙治療に保険が使える医療機関

医療機関名	所在地	電話番号
大阪府済生会新泉南病院	りんくう南浜 3-7	072-480-5618
小上医院	新家 3461-1	072-482-3341
木村医院	樽井 2-12-3	072-482-2220
腎・循環器もはらクリニック	信達大苗代 1123-22	072-480-5501
しんめん内科クリニック	信達市場 222-1	072-480-1160
すずもと耳鼻咽喉科	樽井 2-33-27	072-484-2777
泉南新家クリニック	新家 1801	072-480-0008
中井内科医院	岡田 5-30-3	072-483-2011
山上医院	樽井 6-10-7	072-483-2501

(H30.5月現在)

ご不明な点等ございましたら、下記担当まで連絡をお願い致します。

泉南市立保健センター

(泉南市健康福祉部保健推進課)

住所：泉南市信達市場 1584-1

電話：072-482-7615

担当：澤



平成 31 年 3 月 5 日

精密検査実施医療機関

主治医 様

泉南市立保健センター

管理医師 木村 文雄

『石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査』における紹介状

平素は市の保健行政にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、市が実施しています『石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査』において実施しました胸部 CT 検査の結果、精密検査が必要と判定されました。ご高診の程、宜しく願い申し上げます。

なお誠に恐れ入りますが、診察の結果についてご返送くださいますようお願い致します。

- ・ 検診受診日 平成 年 月 日
- ・ 氏 名
- ・ 生 年 月 日 昭和 年 月 日
- ・ 検 診 内 容 ヘリカル CT 検査(低線量 CT 検査)

- ・ 添 付 書 類
 - ① 診療情報提供書
 - ② 検査報告書
 - ③ CT 検査 CD-R
 - ④ 返信用封筒

※CD-R の返却は不要です。個人情報の管理にご配慮いただき、貴院にて保管または不要の場合は破棄していただきますよう宜しくお願いいたします。

お問い合わせ

泉南市立保健センター

(泉南市健康福祉部保健推進課)

泉南市信達市場 1584-1

電話:072-482-7615

担当: 澤 希

