

令和3年度環境省委託業務報告書

令和3年度

石綿読影の精度に係る調査（田原本町）

委託業務報告書

令和4年3月

田原本町

## 目次

| 項目                        | 頁 |
|---------------------------|---|
| I. 委託業務の目的                | 1 |
| II. 委託業務の実施場所             | 1 |
| III. 委託業務の実施期間            | 1 |
| IV. 委託業務の実施内容             | 1 |
| 1. 参加対象者                  | 1 |
| 2. 実施方法                   | 1 |
| (1) 石綿読影の精度に係る調査          | 1 |
| (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 | 2 |
| 3. 委託業務報告                 | 2 |
| (1) 令和3年度石綿読影の精度に係る調査報告   | 2 |
| (2) 参考資料                  | 7 |

## I. 委託業務の目的

石綿関連疾患患者数は今後も増加が予想されており、石綿による健康被害の早期発見、早期救済が課題である。環境省では、石綿検診（仮称）モデルの実施に伴う課題等を検討するため、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施し、令和2年3月には「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の主な結果及び今後の考え方について（最終とりまとめ）」（石綿ばく露者の健康管理に関する検討会）が示され、一般住民については、既存検診の機会を利用して石綿関連疾患が発見できるような体制を整備することが望ましいとされた。

本業務である「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）は、既存検診の機会を活用して石綿関連疾患が発見できる体制の整備に資するため、石綿関連疾患の読影精度向上に向けた知見を収集することを目的に調査を行うものである。

## II. 委託業務の実施場所

田原本町保健センター 等

## III. 委託業務の実施期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日

## IV. 委託業務の実施内容

### 1. 参加対象者

原則として、下記条件を満たす者を参加対象者とした。

- ①田原本町が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力に同意する者
- ②既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な者

ただし、参加時に呼吸器疾患で医療機関を受診している又は受診する必要がある者（既存検診等において要精密検査とされている者など）は、医療による検査を受けていただくことが最優先であることから、本調査の対象外とした。

### 2. 実施方法

#### (1) 石綿読影の精度に係る調査

##### (ア) 広報活動

田原本町は、参加者の募集に関して、ホームページ、広報、既存検診の案内へのチラシ（別添1）の折り込みなどの広報活動を行い、石綿ばく露について少しでも不安のある方に本調査へ参加いただけるよう努めた。

##### (イ) 受付、問合せ対応

田原本町は、電話、対面等複数の手段によって、参加者の受付や問合せに対応した。

参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（別添2）により同意を得た。

##### (ウ) 石綿ばく露の把握

田原本町は、「エ.石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票（別添3）を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

（エ）石綿関連疾患の評価

田原本町は、参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せた。なお、既存検診から取り寄せを行った場合は、既存検診の自己負担分に相当する額及び取り寄せ費用について、読影調査の委託費で負担することができるとした。

次に、田原本町は、検診機関に委託し、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影（以下「1次読影」という。）を行った。1次読影では、1次読影チェックシート（別添4）を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存の胸部エックス線撮影日からなるべく間を空けず実施するよう努めた。

田原本町は、1次読影実施者の調査票、胸部エックス線検査画像、1次読影チェックシート及び1次読影時のその他参考資料（以下「自治体資料一式」という。）を環境省又は環境省から調査を請け負う事業者（以下「事務局」という。）に送付した。

1次読影の結果「要精密検査」と判定された者はいなかった。

また、田原本町は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局が行う2次読影の結果を踏まえた最終的な石綿読影の結果を通知した。

（オ）会議等への参加

田原本町は、担当者を環境省主催の自治体連絡会議及び検討会（WEB上で実施）に参加させた。

（2）有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査

田原本町は、事務局が読影調査とは別途実施する「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」について、住民への周知や事務局からの問い合わせ等に協力した。

3. 委託業務報告

（1）令和3年度石綿読影の精度に係る調査報告

表1～表6のとおり

表1:参加者の年齢階層別人数

(単位:人)

|        | 男性 |        | 女性 |    | 合計 |        |
|--------|----|--------|----|----|----|--------|
|        | 人数 | 割合     | 人数 | 割合 | 人数 | 割合     |
| 40歳未満  |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 40～49歳 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 50～59歳 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 60～69歳 | 1  | 100.0% | -  | -  | 1  | 100.0% |
| 70～79歳 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 80～89歳 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 90歳以上  |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 合計     | 1  | 100.0% | -  | -  | 1  | 100.0% |

表2:参加者の喫煙歴等

(単位:人)

|                       | 男性 |        | 女性 |    | 合計 |        |
|-----------------------|----|--------|----|----|----|--------|
|                       | 人数 | 割合     | 人数 | 割合 | 人数 | 割合     |
| 非喫煙者                  |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 過去の喫煙者                | 1  | 100.0% | -  | -  | 1  | 100.0% |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン指数600未満 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン指数600以上 |    | 0.0%   | -  | -  |    | 0.0%   |
| 合計                    | 1  | 100.0% | -  | -  | 1  | 100.0% |

※ ブリンクマン指数 = [1日当たりの喫煙本数] × [喫煙年数]

表3:参加者のばく露歴

(単位:人)

|          | 男性 |        | 女性 |   | 合計 |        |
|----------|----|--------|----|---|----|--------|
| 職業ばく露    | 1  | 100.0% | -  | - | 1  | 100.0% |
| 家庭内ばく露   | 1  | 100.0% | -  | - | 1  | 100.0% |
| 施設立入等ばく露 | 1  | 100.0% | -  | - | 1  | 100.0% |
| 環境ばく露・不明 |    | 0.0%   | -  | - |    | 0.0%   |
| 無回答      |    | 0.0%   | -  | - |    | 0.0%   |
| 合計       | 1  | 100.0% | -  | - | 1  | 100.0% |

表4:一次読影医について

| No | 主科    | 診療従事年数(年)              |
|----|-------|------------------------|
| 1  | 消化器内科 | 42年(奈良県の過去の調査の読影に13年間) |
|    |       |                        |

表5:一次読影での所見

1. 項目別人数

|                  |            |
|------------------|------------|
| 参加者数(石綿ばく露の把握者数) | 1          |
| 1次読影 実施者数        | 1 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 0 ( 0% )   |

2. X線検査

(単位:人)

|                    | 合計 | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~69歳 | 70~79歳 | 80~89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見実人数          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ①胸水貯留              | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑥その他の所見            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |

※ ①~⑥で複数の所見が出た者は全て計上している。①~⑥の合計は実人数とは一致しない

※ 小数点以下第2位を四捨五入

3. CT検査(一次読影でCT検査が必要とされた参加者)

(単位:人)

|                    | 合計    | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~69歳 | 70~79歳 | 80~89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数   | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ①胸水貯留              | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)     | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い       | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺野の間質影            | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑥円形無気肺             | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)    | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑧リンパ節の腫大           | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜プラーク且つ⑤肺野の間質影あり | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |

※ ( )内は疑い(内数)

※ ①~⑧で複数の所見が出た者は全て計上している。①~⑧の合計は実人数とは一致しない

※ 小数点以下第2位を四捨五入

※ 胸膜プラーク且つ肺野の間質影がある者について、2所見のうち、いずれかが「疑い」であれば、( )の所見疑いに計上

表6: 二次読影での所見

1. 項目別人数

|                  |            |
|------------------|------------|
| 参加者数(石綿ばく露の把握者数) | 1          |
| 1次読影 実施者数        | 1 ( 100% ) |
| 2次読影 実施者数        | 1 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 0 ( 0% )   |

2. X線検査

(単位:人)

|                    | 合計 | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~69歳 | 70~79歳 | 80~89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見実人数          | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 0      | 0      | 0     |
| ①胸水貯留              | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜ブランク            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑥その他の所見            | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 0      | 0      | 0     |

※ ①~⑥で複数の所見が出た者は全て計上している。①~⑥の合計は実人数とは一致しない  
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

3. CT検査(二次読影でCT検査が必要とされた参加者)

(単位:人)

|                    | 合計    | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~69歳 | 70~79歳 | 80~89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数   | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ①胸水貯留              | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜ブランク(胸膜肥厚斑)     | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い       | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺野の間質影            | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑥円形無気肺             | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)    | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ⑧リンパ節の腫大           | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜ブランク且つ⑤肺野の間質影あり | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |

※ ( )内は疑い(内数)

※ ①~⑧で複数の所見が出た者は全て計上している。①~⑧の合計は実人数とは一致しない



## 2) 参考資料

- 別添1 読影調査の募集チラシ・案内文書
- 別添2 同意書
- 別添3 調査票
- 別添4 一次読影チェックシート
- 別添5 参加者への受診結果報告様式
- 別添6 肺がん検診自己負担額支給案内文書
- 別添7 肺がん検診自己負担額支給申請書兼請求書

## 令和3年度 石綿読影の精度に係る調査のご案内 ～石綿(アスベスト)に関する健康影響に不安がある人へ～

田原本町では、環境省の委託を受けて、肺がん検診(胸部エックス線)で、石綿(アスベスト)に関する健康影響に不安がある人の調査を実施しています。

**ご希望の人は10月13日(水)までに保健センターにお申込みください。**

※石綿ばく露の可能性について

石綿は天然にできた鉱物繊維で、建材や摩擦材など様々な工業繊維に使用されてきましたが、肺がんなどの発がん性が問題となり現在は原則使用禁止となっています。

過去に仕事で石綿を使用された等の直接的なばく露のみならず、ご家族が石綿関連の業務に従事されていた等の間接的なばく露を受けた人についても対象となります。

### 【調査の目的】

肺がん検診の機会を利用して石綿関連疾患が発見できる体制を整備するため、石綿関連疾患の読影向上に向けた知見を収集すること。

### 【調査の方法】

肺がん検診の画像を利用し、石綿関連疾患の有無について読影の正確さを検証するため、再度2名以上の医師が読影します。

### 【対象者】

本調査の内容を理解し調査の協力を同意できる人。

※肺がん検診(石綿読影)を受診された人の胸部エックス線検査等の情報は、委託元である環境省に提供します。(環境省への提供に同意いただいた人のみ参加できます)

※以下の人は対象外です。

- すでに呼吸器疾患で医療機関を受診している場合や受診する必要がある人(これまでの肺がん検診等の結果で要精密検査となっている場合)
- 石綿の健康被害による救済制度をすでに受けている人

### 【申込方法】

保健センターへ 10月13日までに電話でお申し込みください。

調査票および同意書を送付しますので、記入して肺がん検診日にご持参ください。

### 【結果発送について】

受診後、約1ヶ月後に、肺がん検診の結果について送付します。石綿読影の結果については、受診後3～4ヶ月後に結果を送付します。(専門医による石綿読影に時間を要する場合があります)

※ただし、肺がん検診結果で要精密検査となった場合は医療機関で精密検査を受診していただくため調査の対象外となります。

【お問い合わせ・申込先】 田原本町保健センター 担当:遠藤  
電話:0744-33-8000 業務時間:土日祝を除く8:30～17:15

## 同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者含む。）（以下「事務局」という。）及び田原本町が実施する「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）について、石綿読影の精度に係る調査計画書に記載された調査目的や内容を理解するとともに、以下のすべてについて確認の上、読影調査に協力することに同意します。

（確認項目の□にレ点をつけて下さい。）

- 読影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
- 読影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
- 読影調査の対象者要件を満たすこと（調査目的・内容を理解していること。胸部エックス線検査画像を参加自治体に提供可能であること。現在、呼吸器疾患で医療機関を受診しておらず、「呼吸器疾患の疑いで医療機関を受診する必要がある者（既存検診等において要精密検査とされている者など）」に該当しないこと。）
- 読影調査において、肺がん検診で撮影した胸部エックス線検査画像を利用すること
- 事務局が平成27～令和元年度に実施した「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に参加した者は、その際得られた検査画像データを比較読影に利用する場合があること
- 読影調査で「要精密検査」と判断され、精密検査を受診した場合、田原本町が受診先医療機関に診断結果等を照会し、情報を得ること。また精密検査の費用については、参加者本人に費用負担が発生する場合があること
- 読影調査に参加することによって、中皮腫等の石綿関連疾患について、必ず早期発見できるとは限らないこと
- 中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合でも、全てが予後の改善や完治につながるとは限らないこと
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び田原本町において適正に管理・保管された上で、本調査において利用すること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、事務局による「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や画像を活用した事例集の作成等、石綿ばく露者の健康管理対策のための事業において別途利用する場合があること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、法令上の措置に必要な範囲で、独立行政法人環境再生保全機構において利用する場合があること
- 読影調査で得られた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

田原本町長 殿

（同意者） 年 月 日

氏 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

石綿読影の精度に係る調査 石綿ばく露の状況 調査票

※太枠のみ記入してください。

|      |     |      |   |   |       |       |  |
|------|-----|------|---|---|-------|-------|--|
| フリガナ |     | 記入日  | 年 | 月 | 日     | ID    |  |
| 氏名   |     | 生年月日 | 年 | 月 | 日( 歳) |       |  |
| 現住所  | 〒 - |      |   |   | 性別    | 男 ・ 女 |  |
|      |     |      |   |   | 連絡先   | ( ) - |  |

※あてはまる口に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

|  |
|--|
| <p>現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名  |
| <p>喫煙歴はありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本   |
| <p>家族や同僚で石綿関連疾患<sup>*</sup>にかかった人や胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)を指摘されたことのある人はいますか。</p> <p style="text-align: right;"><small>※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等</small></p> <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> わからない |

|  |
|--|
| <p>1. 現在までの職歴(アルバイト等短期間の仕事も含む)において、石綿を取り扱う下記の作業または、同作業現場で事務や経理等をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有   |
| <p>(1)建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ<br/> (2)断熱や保温のための被覆作業、その補修<br/> (3)船舶、車両の製造、補修<br/> (4)スレート板など建築材料の製造、切断</p> <p>(5)石綿紡織製品の製造、使用<br/> (6)プレーキライニングなど摩擦材の製造<br/> (7)その他石綿に関連する作業<br/> ( )</p>  |
| <p>2.ご家庭で下記のような経験をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> ご家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。<br><input type="checkbox"/> 石綿に関する作業が、自宅で行われた。 <p>3.下記のような経験をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。<br><input type="checkbox"/> 職場以外の石綿取扱施設に出入りしていた。 |

※その他、石綿のばく露の機会について心当たりがあれば記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

令和3年度 石綿読影の精度確保に係る調査 1次読影チェックシート

|                               |  | ID                       |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 参加者氏名等                        | フリガナ氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 歳)   |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 読影画像                          | 胸部X線 (撮影日 年 月 日)   |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 胸部X線<br>所見等                   | <p>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑い場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">評価不能</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">石灰化の有無</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">※有の場合</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">1/2以上</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">1/2~1/4</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">1/4未満</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>※注1 胸部正面X線写真により胸膜プラー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。<br/>         (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。<br/>         (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限局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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> |                          |                          |                          | 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※注1               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 石灰化の有無                   | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1/2~1/4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1/4未満 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ④肺野・胸膜・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"/> |
|                               |  | 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※注1                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 石灰化の有無                        | <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"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 1/2以上                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 1/2~1/4                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 1/4未満                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| ④肺野・胸膜・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"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| その他の所見                        | <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>   |                          |                          |                          | 右                        |                          | 左 |   | 有 | 無 | 有 | 無 | a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) 肺野の炎症後変化              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) 石灰化(胸膜プラーク以外)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) 結節・粒状影(炎症性結節など)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                               | 右  |                          | 左                        |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                               | 有  | 無                        | 有                        | 無                        |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| b) 肺野の炎症後変化                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| d) 石灰化(胸膜プラーク以外)              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| e) 結節・粒状影(炎症性結節など)            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 石綿読影による判定                     | <input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い)<br><input type="checkbox"/> 要精密検査(その他)  |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                               | 追記事項   |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 記入日                           |  | 読影医師氏名                   |                          |                          |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

磯城郡田原本町  
様

令和3年 月 日  
田原本町健康福祉課

「令和3年度 田原本町石綿読影の精度に係る調査」の読影結果について

本調査における二次読影結果について下記のとおり、お知らせします。  
医療機関を受診される際や調査の所見について主治医へご相談される際にはこの用紙をお持ちください。

所見 (精密検査不要)

※今回の所見は石綿関連所見は認められませんでした。

これからも1年に1回は肺がん検診を受けましょう。

必ずお読みください

本調査では、田原本町の肺がん検診で撮影した胸部X線画像から、石綿関連所見の確認をしています。(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す。)

「所見が認められた方」及び「所見が認められなかった方」につきましても、お体に何らかの異常を感じた場合は、すみやかに医療機関を受診してください。

なお、受診の際、石綿ばく露歴があることを医師に必ず伝えてください。

【問い合わせ先】  
田原本町保健センター 担当：遠藤  
住所：磯城郡田原本町宮古 404-7  
電話：0744-33-8000  
業務時間：8時30分～17時15分（土日祝、年末年始を除く。）

令和3年 月 日  
田原本町健康福祉課

磯城郡田原本町

様

「令和3年度田原本町石綿読影の精度に係る調査」における  
肺がん検診自己負担額の支給について

令和3年度田原本町石綿読影の精度に係る調査において、肺がん検診で参加者が負担した額を下記の要領でお支払いすることができますのでお知らせします。

申請の手続きは令和3年 月 日まで（当日消印有効）にお願いします。同封の返信用封筒で書類をご返送される場合は保健センターまでご連絡をお願いします。

期日までに申請書の提出がない場合は、申請を辞退したものとみなし、支給はできませんのでご了承をお願いします。

記

1. 支給額

令和3年度の肺がん検診受診時に支払った胸部X線撮影にかかる自己負担額（200円）。  
ただし、喀痰検査に関する費用は対象になりません。

2. 申請に必要な書類

同封の「令和3年度田原本町石綿読影の精度に係る調査肺がん検診自己負担額申請書兼請求書」  
※太枠内に記入し、押印してください。

3. 書類の提出先

田原本町保健センター

【問い合わせ先】

田原本町保健センター 担当：遠藤

住所：磯城郡田原本町宮古404-7

電話：0744-33-8000

業務時間：8時30分～17時15分（土日祝、年末年始を除く。）

令和3年度田原本町石綿読影の精度に係る調査  
肺がん検診自己負担額支給申請書兼請求書

(宛先) 田原本町長

令和3年度石綿読影の精度に係る調査において、町が実施する肺がん検診で負担した額の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|        |          |   |    |         |
|--------|----------|---|----|---------|
| 申請日：   | 令和       | 年 | 月  | 日       |
| (フリガナ) |          |   |    | 生 年 月 日 |
| 申請者氏名  |          | Ⓜ | 昭和 | 年 月 日   |
| 申請者の住所 | 〒        |   |    |         |
| 電話番号   | 自宅<br>携帯 |   |    |         |
| 支給金額   | 金 200円   |   |    |         |

石綿読影の精度に係る調査肺がん検診自己負担額を下記の金融機関に振り込んでください。

|     |       |                  |      |                 |
|-----|-------|------------------|------|-----------------|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行<br>農協<br>信用金庫 | 支店名  | 本店<br>支店<br>出張所 |
|     | 預金種別  | 普通 ・ 当座          | 口座番号 |                 |
|     | フリガナ  |                  |      |                 |
|     | 口座名義人 |                  |      |                 |

当事業で支給することができる額は、令和3年度受診の肺がん検診費用のうち、胸部X線撮影にかかる自己負担額です。喀痰検査に関する費用は対象になりません。

【添付書類】

振込先口座のわかるもの（通帳の写し）



令和3年度環境省委託業務報告書

令和3年度石綿読影の精度に係る調査（田原本町）委託業務

令和4年3月31日

発注者 環境省大臣官房

環境保健部環境保健企画管理課石綿健康被害対策室

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

E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 奈良県磯城郡田原本町890-1

名称 田原本町