

令和5年度環境省委託業務報告書

令和5年度  
石綿読影の精度に係る調査（鳥栖市）  
委託業務報告書

令和6年3月

鳥栖市

## 目次

| 項目                            | 頁    |
|-------------------------------|------|
| I. 委託業務の目的                    | 1    |
| II. 委託業務を行う場所                 | 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    |
| (ア) 広報活動                      | 1    |
| (イ) 受付、問い合わせ対応                | 2    |
| (ウ) 石綿ばく露の把握                  | 2    |
| (エ) 石綿関連疾患の評価                 | 2    |
| a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影     | 2    |
| b) 精密検査                       | 2    |
| (オ) 会議等への参加                   | 3    |
| (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査     | 3    |
| (ア) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査への協力 | 3    |
| 3. 委託業務報告                     |      |
| (1) 令和5年度石綿読影の精度に係る調査報告       | 4～ 7 |
| (2) 参考資料                      | 8～19 |

## I. 委託業務の目的

石綿関連疾患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

鳥栖市健康福祉みらい部健康増進課

## III. 委託業務の実施期間

令和5年4月3日から令和6年3月29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) 40歳以上で現在鳥栖市に在住しており、石綿に関する健康被害の心配がある者
- (2) 過去に石綿ばく露の可能性があり、これまでに石綿に関する健康リスク調査に参加されたことがある方で、肺がん検診を受診しかつ石綿読影調査を希望する者
- (3) 鳥栖市が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力を同意する者
- (4) その他鳥栖市長が認める者

上記の条件に該当する者であっても、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ている者は、継続的に石綿関連疾患に係る健康管理が行われていることから、本調査の対象外とした。

また、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

鳥栖市は、参加者の募集に関して、ホームページ、既存検診の案内チラシへの掲載及び全戸配布などの広報活動を行うとともに、これまでに石綿に関する健康リスク調査に参加されたことがある方に通知（参考資料9ページ）をするなど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、問い合わせ対応

鳥栖市は、電話、メール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（参考資料10ページ）により同意を取った。

(ウ) 石綿ばく露の把握

鳥栖市は、「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（参考資料11ページ）を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

また、調査への参加状況について、鳥栖市石綿ばく露者の健康管理受診カード（参考資料19ページ）に記載した。

(エ) 石綿関連疾患の評価

a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影

鳥栖市は、既存の肺がん検診の委託業者（参考資料8ページ）において、参加者の胸部エックス線検査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次読影チェックシート（参考資料12ページ）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あと、胸部エックス線検査画像および検査結果を取り寄せた。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に実施するよう努めた。

鳥栖市は、1次読影の結果「要精密検査」と判定された者に対して、石綿読影の結果を通知し、速やかに精密検査を受診するよう勧奨することとしていたが、今年、1次読影では「要精密検査」と判定された者はいなかった。

また、鳥栖市は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者の調査票、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2次読影のために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。

鳥栖市は、事務局が行う胸部エックス線の2次読影の結果を最終的な石綿読影の結果として通知するとともに、「要精密検査」と判定された者に対しては、速やかに精密検査を受診するよう勧奨し、「精密検査依頼書」（参考資料16ページ）を発行した。その際、「精密検査にかかる費用負担について」に記載されている対象者や検査項目以外の精密検査費用については、本調査での費用負担はできない旨、十分説明した。

b) 精密検査

鳥栖市は、環境省が行う胸部エックス線検査2次読影において所見が見られ、「要精密検査」と判定された者のうち、「要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）」と判定された者が精密検査を受診した後、医療機関で記載した胸部CT画像用読影チェックシート（参考資料13ページ）及び胸部CT検査画像を取り寄せ、CT検査の2次読影のために事務局へ送付した。

また、鳥栖市は、精密検査において石綿関連疾患（疑い含む）と診断された者に対して、

必要に応じて石綿健康被害救済制度や労災保険制度等について案内を行った。

なお、鳥栖市は、精密検査の診断結果の取り寄せを行った場合は、「精密検査にかかる費用負担について」に掲げる費用について、読影調査の委託費で負担し、支払った内容について独立行政法人環境再生保全機構と情報共有を行った。

鳥栖市は、事務局が行う胸部CT検査画像2次読影の結果、胸部CT検査画像1次読影医と異なる所見となった場合であって、医療の介入が必要と2次読影医が判断したときは、胸部CT検査画像1次読影医に環境省がフィードバックの通知をするための情報を提供することとした。

#### (オ) 会議等への参加

鳥栖市は、1次読影を行う医師を環境省主催の読影講習会に参加させることができたが、本年度は読影講習会への参加希望者はいなかった。

また自治体職員を対象とした会議としては、第1回石綿読影の精度確保等に関する検討会（令和5年9月5日）がWEB形式で開催され、担当者1名が参加した。

#### (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査への協力

鳥栖市は、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」（参考資料18ページ）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5年度石綿読影の精度に係る調査報告        | … 4～ 7ページ |
| 表1～表6のとおり                      |           |
| (2) 参考資料（石綿読影の精度に係る調査で使用した様式等） | … 8～19ページ |
| 別添①～別添⑫のとおり                    |           |
| ①石綿1次読影、精密検査業務委託医療機関           | … 8ページ    |
| ②通知（調査の案内・予約者への通知）             | … 9ページ    |
| ③同意書（様式1）                      | … 10ページ   |
| ④調査票 肺がん検診（石綿読影）受診票（様式2）       | … 11ページ   |
| ⑤1次読影チェックシート（様式3）              | … 12ページ   |
| ⑥胸部CT読影用チェックシート（様式4）           | … 13ページ   |
| ⑦調査参加者の結果について                  | … 14ページ   |
| ⑧2次読影結果通知（精密・所見あり・所見なし）        | … 15ページ   |
| ⑨精密検査依頼書                       | … 16ページ   |
| ⑩受診いただいた方へ                     | … 17ページ   |
| ⑪有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査案内       | … 18ページ   |
| ⑫石綿ばく露者の健康管理受診カード              | … 19ページ   |

## 令和5年度 石綿読影の精度に係る調査報告

表1:参加者の年齢階層別人数

(単位:人)

|        | 男性 |        | 女性 |        | 合計 |        |
|--------|----|--------|----|--------|----|--------|
| 40歳未満  |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 40～49歳 | 1  | 3.7%   |    | 0.0%   | 1  | 2.2%   |
| 50～59歳 | 2  | 7.4%   | 1  | 5.3%   | 3  | 6.5%   |
| 60～69歳 |    | 0.0%   | 1  | 5.3%   | 1  | 2.2%   |
| 70～79歳 | 15 | 55.6%  | 11 | 57.9%  | 26 | 56.5%  |
| 80～89歳 | 8  | 29.6%  | 6  | 31.6%  | 14 | 30.4%  |
| 90歳以上  | 1  | 3.7%   |    | 0.0%   | 1  | 2.2%   |
| 合 計    | 27 | 100.0% | 19 | 100.0% | 46 | 100.0% |

表2:参加者の喫煙歴等

(単位:人)

|                           | 男性 |        | 女性 |        | 合計 |        |
|---------------------------|----|--------|----|--------|----|--------|
| 非喫煙者                      | 8  | 29.6%  | 17 | 89.5%  | 25 | 54.3%  |
| 過去の喫煙者                    | 17 | 63.0%  | 2  | 10.5%  | 19 | 41.3%  |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600未満 | 1  | 3.7%   |    | 0.0%   | 1  | 2.2%   |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600以上 | 1  | 3.7%   |    | 0.0%   | 1  | 2.2%   |
| 合 計                       | 27 | 100.0% | 19 | 100.0% | 46 | 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    | 15 | 55.6%  | 6  | 31.6%  | 21 | 45.7%  |
| 家庭内ばく露   | 3  | 11.1%  | 7  | 36.8%  | 10 | 21.7%  |
| 施設立入等ばく露 | 2  | 7.4%   | 4  | 21.1%  | 6  | 13.0%  |
| 環境ばく露・不明 | 7  | 25.9%  | 2  | 10.5%  | 9  | 19.6%  |
| 無回答      |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 合 計      | 27 | 100.0% | 19 | 100.0% | 46 | 100.0% |

表4:一次読影医について

| No | 主科 | 診療従事年数(年) |
|----|----|-----------|
| 1  | 内科 | 6         |
|    |    |           |
|    |    |           |
|    |    |           |
|    |    |           |

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) | 46          |
| 1次読影 実施者数        | 46 ( 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            | 46 | 0     | 1      | 3      | 1      | 26     | 14     | 1     |
| 石綿関連所見実人数          | 9  | 0     | 0      | 1      | 0      | 6      | 2      | 0     |
| ①胸水貯留              | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク            | 9  | 0     | 0      | 1      | 0      | 6      | 2      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 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      | 0      | 0      | 0      | 1     |

※ ①～⑤で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑤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     |
| ①胸水貯留              | 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     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 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肺線維化所見(石綿肺の可能性)   | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑥円形無気肺             | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑦肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大      | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク且つ⑤肺線維化所見あり | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |

※ 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



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) | 46          |
| 1次読影 実施者数        | 46 ( 100% ) |
| 2次読影 実施者数        | 46 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 16 ( 35% )  |

※要精密検査者数には、指定医療機関以外で受診した1名の情報提供を含む

## 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            | 46 | 0     | 1      | 3      | 1      | 26     | 14     | 1     |
| 石綿関連所見実人数          | 15 | 0     | 0      | 1      | 0      | 10     | 3      | 1     |
| ①胸水貯留              | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 1      | 0     |
| ②胸膜プラーク            | 10 | 0     | 0      | 0      | 0      | 7      | 2      | 1     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 2  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 1      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 3  | 0     | 0      | 1      | 0      | 2      | 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            | 8  | 0     | 0      | 0      | 0      | 4      | 3      | 1     |

※①～⑤で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑤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            | 16 | 0     | 0      | 1      | 0      | 11     | 3      | 1     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数   | 9  | 0     | 0      | 0      | 0      | 7      | 2      | 0     |
| ①胸水貯留              | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)     | 8  | 0     | 0      | 0      | 0      | 6      | 2      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 4  | 0     | 0      | 0      | 0      | 2      | 2      | 0     |
| ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い       | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)   | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |
| ⑥円形無気肺             | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 1      | 0     |
| ⑦肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大      | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク且つ⑤肺線維化所見あり | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |

※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

※指定医療機関以外で受診した1名の情報提供を含む

令和5年度 鳥栖市石綿読影の精度に係る調査 委託医療機関

(1) 胸部エックス線検査画像等の1次読影

名称：医療法人社団 如水会

住所：佐賀県鳥栖市轟木町 1523-6

(2) 精密検査

名称：医療法人社団 如水会

住所：佐賀県鳥栖市轟木町 1523-6

鳥 健 第 号  
令和5年5月 日

各 位

石綿読影の精度に係る調査のご案内

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

環境省の委託を受け、鳥栖市では、石綿ばく露の不安がある方を対象に、「石綿読影の精度に係る調査」を実施しています。この調査は市が実施する既存のがん検診等を活用し、石綿関連疾患が発見できるような体制づくりを目的としております。調査は、肺がん検診等にて簡易な問診と胸部レントゲン検査を受診いただきます。下記日程で実施しますので、受診を希望される方は、令和5年5月31日(水)までに保健センターへ電話でお申し込みください。

このお手紙は、過去に石綿に関する調査にご参加いただいた方に送付しております。

なお、労働局発行の健康管理手帳で定期的に呼吸器の検査を受けている方や呼吸器疾患で治療中の方は参加の必要はありませんので、保健センターまでご連絡ください。

#### 記

1. 健診日時・場所（下記の日程では、肺がん検診（胸部レントゲン撮影）のみ実施します。）

| 日時       | 問診・検査時間     | 問診・検査時間      | 会場                        |
|----------|-------------|--------------|---------------------------|
| 6月30日（金） | 9時00分～9時45分 | 9時45分～10時30分 | 鳥栖市保健センター<br>※各時間枠の定員は15名 |
| 7月3日（月）  | 9時00分～9時45分 | 9時45分～10時30分 |                           |

2. 健診の流れ

- ① 健診の日時を決め保健センターに電話で申し込む。  
電話にて「石綿の調査に参加したい」とお伝えいただき、希望日時を教えてください。
- ② 受診日の1週間前に書類（問診表と同意書）が郵送されるので、ご記入の上、  
受診当日に持参する。（お持ちの方は鳥栖市石綿ばく露者の健康管理受診  
カードもご持参下さい）
- ③ 受付後問診および胸部レントゲン撮影を行う。  
（受診後1か月以内に肺がん・結核に関する判定結果を送付します。石綿に関  
する判定は、受診後1～3か月以内に送付します。）

※石綿に関する判定の結果、さらに詳細な検査が必要と判断された場合は、胸部  
CT検査を受けられる場合があります。（検査費用の助成あり）

## 肺がん検診（石綿読影）をご予約いただいた方へ

鳥栖市では環境省の委託を受け、石綿ばく露の不安がある方を対象に、「石綿読影の精度に係る調査」を実施いたします。この調査は市が実施する肺がん検診等を活用し、石綿関連疾患が発見できるような体制づくりを目的としております。調査では、肺がん検診等にて石綿に係る問診と胸部レントゲン検査を実施し、撮影したフィルムを使って医師による石綿関連所見の確認を致します。

下記の日程で予約を受け付けておりますので、同封の肺がん検診（石綿読影）問診票および同意書に必要事項をご記入の上、ご持参ください。

〈予約日〉

〈受付時間〉

〈場所〉 鳥栖市保健センター（駐車場有）

〈持ってくる物〉・肺がん検診（石綿読影）問診票（必要事項を記入したもの）  
・同意書（記入したもの）  
・鳥栖市石綿ばく露者の健康管理受診カード（お持ちの方のみ）

〈結果について〉・受診後1か月以内に肺がん・結核に関する判定結果を送付します。石綿に関する判定は、受診後1～3か月以内に送付します。

※石綿に関する判定の結果で、さらに詳しい検査が必要と判断された場合は、胸部CT検査を受けられる場合があります。（検査費用の助成あり）

※今回の検査を受けていただいた方は、今年度の肺がん検診及び秋の結核健診は受診の必要はありません。

問い合わせ先  
鳥栖市 健康増進課 健康づくり係  
（鳥栖市保健センター）  
担当 電話 0942-85-3650

（連絡先）鳥栖市健康増進課（保健センター） 電話 0942-85-3650 担当

## 同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者を含む。以下「事務局」という。）及び鳥栖市（区町村）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、以下の全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、その際に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、鳥栖市（区町村）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あっても、全てが予後の改善や完治につながることは限らないこと
- ☐ 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び鳥栖市（区町村）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

鳥栖市長 殿

（同意者）            年    月    日

氏    名： \_\_\_\_\_

住    所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

肺がん検診(石綿肺影)受診票

注意事項 : 太線の枠内についてご記入ください。

目・耳や手足の不自由な方は、問診の際にお知らせください。

|        |         |      |                         |     |   |   |   |
|--------|---------|------|-------------------------|-----|---|---|---|
| フリガナ   |         | (住所) |                         | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名     | 島根市     | 町    |                         |     |   |   |   |
| (生年月日) | 性別      | 電話   | 号 (日中連絡がつかない番号をご記入ください) |     |   |   |   |
| 年      | 月       | 日    | (自宅)                    |     |   |   |   |
| 保険者番号  | 被保険者証番号 |      |                         |     |   |   |   |
| 被保険者番号 | 被保険者番号  |      |                         |     |   |   |   |

【説明書】この検診で得られた情報は、あなたの健康状態を把握するための診療や検査等のほか、個人を特定する情報を除いて、癌症の精度管理や疫学的な調査、研究に活用することがあります。

※個人情報の取扱いにつきましては、島根市個人情報保護条例を遵守します。

【同意欄】私は上記の説明について同意します。

本人署名 [ ]

|                                             |                                                                    |                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1. 今までに肺がん検診・結核検診を受けたことがありますか。              | (1)ない (2)ある 1 前回(1年前・2年前・3年前・4年以上前・不明)                             | 2 どこで(市町・検診・病院・その他) |
| 2. そのとき精密検査が必要と言われたことがありますか。                | (1)ない (2)ある 1 いつ頃(年 月)                                             | 2 結果 異常なし 異常あり(病名)  |
| 3. 血痰の方で、肺がんににかかった方がいますか。                   | (1)ない (2)いる                                                        |                     |
| 4. これまでに肺や循環器系などの病気ににかかったことがありますか。          | (肺疾患)<br>肺がん・肺結核・じん肺・肺炎<br>ぜんそく・慢性気管支炎<br>慢性閉塞性肺疾患(COPD)<br>その他( ) |                     |
| 5. 現在、肺に関する症状はありませんか。                       | (循環器疾患)<br>心肥大・動脈硬化・大動脈瘤<br>その他( )                                 |                     |
| 6. たばこを吸っていますか。                             | (1)吸わない (2)以前吸っていた (3)吸う方 1日( )本 ( )年間                             | 喫煙歴( )              |
| 7. 仕事で次のようなものに関わる作業に従事したことがありますか。           | (1)ない (2)ある 粉じん作業・その他特殊な作業を要する業務<br>一ある場合は、その従事期間 ( )年間            |                     |
| 8. (女性の方のみお答えください)現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。 | (1)ない (2)ある                                                        |                     |

(石綿に関する質問項目)

|                                                                   |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家族や同居で石綿関連疾患(中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚等)にかかった人はいますか。                   | (1)ない (2)ある (3)不明                                                                                                                                   |
| 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、石綿を取り扱う作業または同作業現場で事務や搬運等をしたことがありますか。 | (1)ない (2)ある 建築物の補修・解体、石綿などの吹きつけ断熱や保温のための被覆作業、その補修<br>船舶、車両の製造、補修<br>スレート板など建築材料の製造、切断<br>石綿紡織繊維製品の製造、使用<br>ブレーキライニングなど摩擦材の製造<br>その他石綿に関連する作業<br>( ) |
| ご家庭で右記のような経験をされたことがありますか。                                         | (1)ある (2)ない ご家族が石綿を扱う仕事をされており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。<br>石綿に関する作業が、自宅で行われた。                                                                          |
| 住居・職場に隣接して右記のような経験をされたことがありますか。                                   | (1)ある (2)ない 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。<br>職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。                                                                                       |
| 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。                                | ( )                                                                                                                                                 |

○該当する場合は下記の□にチェックをお願いします。

□本調査の1次または2次撮影で精密検査不要かつ石綿関連疾患があった場合、有所見者調査へ参加しても良い。  
有所見者調査…環境省が実施する調査で、石綿ばく露の状況や検査結果により、必要な場合は指定医療機関にて胸部レントゲン検査やCT検査を受診するもの。

島根県医師会 島根市医師会 今村病院  
〒841-0051 佐賀県島根市島本町1523-6  
TEL (0942) 84-1238

## 令和5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>疑いの場合は「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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>石灰化の有無</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>※有の場合</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2～1/4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <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"/> | 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"/> | ※有の場合 | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 | <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4 | <input type="checkbox"/> | 1/4未満 | 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"/> |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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"/> |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※有の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 1/2以上                    | <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4                  | <input type="checkbox"/> | 1/4未満                    |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th></th> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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> <p>[ ]</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          | 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)<br><input type="checkbox"/> 要精密検査(呼吸器疾患疑い・その他)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 追記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 記入日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          | 読影医師氏名                   |                          |                          |                          |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 読影実施機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |   |   |  |   |   |   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

上記の読影時に参考として用いた資料にチェックを入れてください。

|          |                                                                                                                                  |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 読影時の参考資料 | <input type="checkbox"/> 調査票                                                                                                     |
|          | <input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像 (撮影日: 年 月 日 )<br>↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ( ) |
|          | <input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部CT画像 (撮影日: 年 月 日 )                                                                             |
|          | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                 |

## 石綿読影の精度確保に係る調査 読影チェックシート(胸部CT画像用)

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---|--|---|--|--|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ID                             |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| 参加者<br>氏名等                     | フリガナ<br>氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| 読影画像                           | 胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| 胸部CT<br>所見等                    | <p><u>石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。</u></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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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"/>                                        |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                | ②胸膜プラーク                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                                        |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                | ※有の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 | <input type="checkbox"/> 1/4未満 | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4未満 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                | ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                                        |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                | ⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                                        |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ・胸膜下曲線状陰影                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       |                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ・小葉中心性粒状影                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       |                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ⑥円形無気肺                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| ⑨その他の所見                        | <table border="1"> <tr> <td></td> <td colspan="2">右</td> <td colspan="2">左</td> </tr> <tr> <td></td> <td>有</td> <td>無</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </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: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など) | <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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など) | <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<br>判定                  | <input type="checkbox"/> 異常なし(石綿関連疾患の所見なし)<br><input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり<br><input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査による経過観察)<br><input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察)<br><input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)<br><input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外での要医療                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
|                                | 追記事項(要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| 記入日                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | 読影医師氏名                           |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |
| 読影実施機関名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                  |                                |                                |                                                                 |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |

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

## 鳥栖市がん検診結果および 石綿読影調査の結果について

### ★がん検診結果について

- ◆肺がん検診の結果は、受診日から約1か月後に、受診したすべての方に郵便で結果が届きます。
- ◆もし、精密検査が必要と結果が来た場合、送ってきたお手紙を持って、速やかに医療機関を受診してください。

### ★石綿読影調査結果について

- ◆石綿読影調査は肺がん検診受託機関の医師による1次読影と、環境省の専門医が行う2次読影があります。  
医師の読影結果により、石綿読影検査結果の発送時期が違います。  
(肺がん検診で要精密判定になった場合は、石綿読影調査の対象にはなりません。)

#### ①石綿の1次読影で要精密と判定された場合

→受診日から約1か月後に郵送します。紹介状を持って、すみやかに医療機関を受診してください。(紹介状は開封せずに医療機関へ提出して下さい。)

#### ②石綿の1次読影で要精密以外と判定された場合

→1次読影結果後(受診日から約1か月後)、環境省に検診結果を送付し、2次読影をしてもらいます。(先に肺がん検診の結果のみ郵送します。)  
環境省での2次読影結果が鳥栖市に戻るのは、受診日から約2～3か月後になります。石綿読影の結果は受診日から約3か月後になります。

★1次読影、2次読影の結果、精密検査が必要と結果が来た場合は、送ってきたお手紙をもって、速やかに医療機関を受診してください。

★石綿読影調査の結果により、環境省が実施する「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」に参加できる場合があります。

これは令和2年度より新たに始まった調査で、石綿ばく露の状況や検査結果により、必要な場合は指定医療機関にて胸部レントゲン検査やCT検査を受診します。

調査の詳細は下記お問い合わせ番号(0120-992-912)に各自でご確認下さい。

★肺がん検診(石綿読影)に関するお問い合わせ  
鳥栖市健康増進課(保健センター) 85-3650 担当  
★有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査の問い合わせ  
調査事務局 0120-992-912



要精密（石棉関連・呼吸器関連）

鳥健第 号  
令和5年10月 日

様

鳥栖市長 向門 慶人

石棉誌影の精度に係る調査の検査結果について

この度は、本調査に御協力いただきありがとうございます。  
つきましては、先日、受診していただきました本調査における胸部エックス線検査の結果についてお知らせいたします。

<検査の結果について>

「 」の所見が認められました。

<今後の対応について>

すみやかに指定医療機関（如水会今村病院）を受診し、医師の指示に従ってください。  
OT検査にかかる費用についてのみ助成があります。保険証を持参し、別封筒の精密依頼書を医師へお渡し下さい。（受診は、できるだけ令和5年12月20日までにお願いたします）

本調査では胸部エックス線の画像所見の確認をしています。このため、検査を受けても疾患の確定診断とはなりませんので、医療機関を受診された、疾患等がなく治療の必要がなかった場合は、1年後の石棉誌影の精度に係る調査にご参加いただくか、市が実施している肺がん検診等をお受け下さい。

また、治療が必要とされた方は、その疾患の治療に専念してください。なお、治療を待たれししたら、改めて石棉ばく露者の健康管理に係る試行調査にご参加をお願いたします。

※必ずお読み下さい

本調査では胸部エックス線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は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下さい。

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、必ず石棉ばく露歴があることを医師へ伝えて下さい。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石棉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。喫煙も石棉ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石棉ばく露者は約5倍、喫煙をする石棉ばく露者は約60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、禁煙をすることが大切ですので、禁煙に努めて下さい。

問い合わせ先：鳥栖市健康増進課（保健センター）

鳥栖市本町3丁目1496-1

Tel 0942-85-3650

Fax 0942-85-3652

所見はあるが治療の必要はない人

鳥健第 号  
令和5年10月 日

様

鳥栖市長 向門 慶人

石棉誌影の精度に係る調査の検査結果について

この度は、本調査に御協力いただきありがとうございます。  
つきましては、先日、受診していただきました本調査における胸部エックス線検査の結果についてお知らせいたします。

<検査の結果について>

「 」の所見が認められました。

<今後の対応について>

所見は認められますが、特に治療の必要はありません。

定期的な経過観察が必要となりますので、1年後の石棉誌影の精度に係る調査にご参加いただくか、市が実施している肺がん検診等をお受け下さい。

※必ずお読み下さい

本調査では胸部エックス線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は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下さい。

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、必ず石棉ばく露歴があることを医師へ伝えて下さい。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石棉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。喫煙も石棉ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石棉ばく露者は約5倍、喫煙をする石棉ばく露者は約60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、禁煙をすることが大切ですので、禁煙に努めて下さい。

問い合わせ先：鳥栖市健康増進課（保健センター）

鳥栖市本町3丁目1496-1

Tel 0942-85-3650

Fax 0942-85-3652

所見なしの異常なしの人

鳥健第 号  
令和5年10月 日

様

鳥栖市長 向門 慶人

石棉誌影の精度に係る調査の検査結果について

この度は、本調査に御協力いただきありがとうございます。  
つきましては、先日、受診していただきました本調査における胸部エックス線検査の結果についてお知らせいたします。

<検査の結果について>

特に異常な所見は認められませんでした。

<今後の対応について>

今回の調査では、石棉による所見はみられませんでした。石棉による健康被害は石棉ばく露から発症までに40年前後と潜伏期間が非常に長く、今後も石棉による健康被害が発症する可能性があります。引き続き胸部X線検査等による健康管理を続けて下さい。

鳥栖市では肺がん検診（40歳以上）により胸部X線検査を実施しています。今後は両方の「受診カード」をご持参の上、1年後の石棉誌影の精度に係る調査にご参加いただくか、市が実施している肺がん検診等をお受け下さい。

※必ずお読み下さい

本調査では胸部エックス線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は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下さい。

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、必ず石棉ばく露歴があることを医師へ伝えて下さい。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石棉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。喫煙も石棉ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石棉ばく露者は約5倍、喫煙をする石棉ばく露者は約60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、禁煙をすることが大切ですので、禁煙に努めて下さい。

問い合わせ先：鳥栖市健康増進課（保健センター）

鳥栖市本町3丁目1496-1

Tel 0942-85-3650

Fax 0942-85-3652

石綿肺影の精度に係る調査精密検査依頼書

医療機関 様

令和 年 月 日  
鳥栖市長 向門 慶人

時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

下記の方は、石綿肺影の精度に係る調査事業にて検査された結果、要精密検査と判断されましたので、御紹介いたします。なお、御面倒ですが、結果（表面）を御記入の上返信用封筒で鳥栖市健康増進課へ御返送くださいますよう、よろしくお願ひします。

（精密検査にかかる費用負担については、下記の内容に限り助成があります。）

佐賀県 鳥栖市 健康増進課  
佐賀県鳥栖市木町3丁目1496-1  
TEL(0942)85-3650 FAX(0942)85-3652

|     |                 |           |    |
|-----|-----------------|-----------|----|
| 氏名  | 性別              | 生年<br>月 日 | 年齢 |
| 住所  | 電話番号            |           |    |
| 撮影日 | 【胸部X線正横撮影】撮影日   |           |    |
| 所見  | 撮影日<br>【胸部X線所見】 |           |    |

精密検査にかかる費用負担について

石綿関連疾患を念頭に置いた読影調査での読影において所見が見られ、要精密検査（石綿関連疾患患疑い・呼吸器疾患患疑い）と判定された者が、精密検査（保険診療による検査）を受診した場合、精密検査の診断結果について提供頂いた場合に限り下記費用について助成できます。

1. 精密検査費用のうち、下記診療報酬項目の自己負担分（該当した項目に限る）

(1) 初・再診料

ア. 初診料【A000 注1～3及び注10】

イ. 再診料【A001 注1～3】

ウ. 外来診療料【A002 注1～3】

(2) 医学管理料

ア. 診療情報提供(1)【B009 注2】

(3) 画像診断

ア. コンピューター断層撮影（CT撮影）【B200】

① 64列以上のマルチスライス型の機器による場合

1) 共同利用施設において行われる場合

2) その他の場合

② 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合

③ 4列以上16列未満マルチスライス型の機器による場合

④ ①、②又は③以外の場合

イ. コンピューター断層診断【B203】

ウ. 画像診断管理加算1【画像診断 通則4】

エ. 画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3【画像診断 通則5】

オ. 電子画像管理加算【コンピュータ断層撮影診断料 通則3】

石綿肺影の精度確保に係る調査 読影チェックシート（胸部CT画像用）

|                                                                                   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 参加者<br>氏名等                                                                        | 読影画像 | 読影者<br>氏名                | ID                       | 年 月 日                    | 年 月 日                    | 年 月 日                    | 年 月 日                    |
| <p>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑いの場合は「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> |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                   |      | 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                                                                            |      | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③びまん性胸膜肥厚                                                                         |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※有の場合                                                                             |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④肺野・縦隔の腫脹状陰影(肺がん等)                                                                |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤肺動脈増大所見(右肺動脈の可能)                                                                 |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・胸膜下虫線状陰影                                                                         |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・小葉中心性粒状陰影                                                                        |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥円形無気肺                                                                            |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い                                                                      |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大                                                                     |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑨その他の所見                                                                           |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                   |      | 右                        |                          | 左                        |                          |                          |                          |
|                                                                                   |      | 有                        | 無                        | 有                        | 無                        | 有                        | 無                        |
| a) 胸膜肥厚(胸膜浸染、肺尖部の胸膜肥厚など)                                                          |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 肺動脈増大所見(胸膜プラー(-)で網状陰影、縦隔影など)                                                   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 石灰化(胸膜プラー以外)                                                                   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 肺動脈・粒状陰影(炎症性腫瘍など)                                                              |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 上記に該当しないものは( )内に記載ください。                                                           |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                   |      | 右                        |                          | 左                        |                          |                          |                          |
|                                                                                   |      | 有                        | 無                        | 有                        | 無                        | 有                        | 無                        |
| □ 異常なし(石綿関連疾患の所見なし)                                                               |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| □ 石綿関連疾患の所見あり                                                                     |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| □ 要経過観察(胸部X線検査による経過観察)                                                            |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| □ 要医師(医療によるCTでの経過観察)                                                              |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| □ 要医師(要精密検査)                                                                      |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| □ 石綿関連疾患以外での要医師                                                                   |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 追記事項(要医師にチェックされた場合は、必要に応じて詳細を記入してください)                                            |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 石綿肺影による判定                                                                         |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 記入日                                                                               |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 読影医師氏名                                                                            |      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

|                                     |           |        |        |
|-------------------------------------|-----------|--------|--------|
| 比較読影の有無                             | 比較読影の結果   | 比較読影の日 | 年 月 日  |
| □ 有                                 | □ 比較読影の結果 | □ 変化なし | □ 変化あり |
| □ 比較読影の結果                           | □ 変化なし    | □ 変化あり | □ 変化あり |
| 追記事項(変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) |           |        |        |

## 肺がん検診(石綿読影)を 受診いただいた皆様へ

★肺がん検診(石綿読影)の結果、要精密判定の方は石綿読影調査の対象外となります。要精密以外の判定の方は石綿読影調査に参加いただきます。石綿読影調査の結果については、検診日より3か月を目安に送付します。

★肺がん検診(石綿読影)を受診された方は、環境省が実施する「**有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査**」に参加できる場合があります。(チラシ参照)

これは令和2年度より新たに始まった調査で、石綿ばく露の状況や検査結果により、必要な場合は指定医療機関にて胸部レントゲン検査やCT検査を受診します。

調査の詳細は下記お問い合わせ番号(0120-992-912)に各自でご確認下さい。

★肺がん検診(石綿読影)に関するお問い合わせ

鳥栖市健康増進課(保健センター) 85-3650 担当

★有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査の問い合わせ  
調査事務局 0120-992-912

# 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

環境省では、令和元年度まで「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」等を実施してきました。令和2年度からは石綿関連疾患の早期発見、早期救済の可能性を検証するための知見を収集することを目的とした新たな調査を実施しています。



令和5年度環境省委託業務報告書

令和5年度石綿読影の精度に係る調査（鳥栖市）委託業務

令和6年3月26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）

E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 佐賀県鳥栖市宿町1 1 1 8 番地  
名称 鳥栖市