

令和6年度環境省委託業務報告書

令和6年度  
石綿読影の精度に係る調査（五條市）  
委託業務報告書

令和7年3月

五條市

## 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                | 1 |
| (ウ) 石綿ばく露の把握                  | 1 |
| (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                   | 2 |
| (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査     | 2 |
| (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 | 2 |
| 3. 委託業務報告                     | 3 |
| (1) 令和6年度石綿読影の精度に係る調査報告       | 3 |
| (2) 参考資料                      | 3 |

## I. 委託業務の目的

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

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

## II. 委託業務を行う場所

五條市すこやか市民部 健康推進課 健康推進係

## III. 委託業務の実施期間

令和6年6月1日から令和7年3月31日

## IV. 委託業務の実施内容

### 1. 参加対象者

原則として、下記条件を満たす者を参加対象者とした。

- ①五條市が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力に同意する者
- ②既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な者

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

### 2. 実施方法

#### （1）石綿読影の精度に係る調査

##### （ア）広報活動

五條市は、参加者の募集に関して、ホームページ、広報紙や既存検診チラシに詳しく説明を書き、それを公表または配布し広報活動を行った。

##### （イ）受付、問い合わせ対応

五條市は、電話、窓口等、参加者の受付や問合せに対応した。参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（別添1）により同意を取った。

##### （ウ）石綿ばく露の把握

五條市は、「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（別添2）を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

#### (エ) 石綿関連疾患の評価

##### a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影

五條市は、参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せた。なお、既存検診から取り寄せを行った場合は、取り寄せ費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

次に、五條市は、医療機関に委託し、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影（以下「1次読影」という。）を行った。1次読影では、1次読影チェックシート（別添3）を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存の胸部エックス線撮影日からなるべく間を空けず実施するよう努めた。五條市は、1次読影実施者の調査票、胸部エックス線検査画像、1次読影チェックシート及び1次読影時のその他参考資料を環境省又は環境省から調査を請け負う事業者（以下「事務局」という。）に送付した。

また、五條市は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局からの2次読影の結果を踏まえた、最終的な石綿読影の結果を通知するとともに、2次読影で「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、必要に応じて紹介状等を準備した。ただし、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

五條市は、上記読影において所見が見られ、「要精密検査」と判定された者の内、「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場合は医療機関から精密検査の診断結果を取り寄せた。その際、精密検査として胸部CT検査を実施した場合は、胸部CT検査画像についても取り寄せた。取り寄せた診断結果及び胸部CT検査画像は、事務局へ送付するとともに1次読影実施医療機関へフィードバックし共有することで、翌年以降の読影調査の活用に努めた。なお、精密検査については、医療機関に委託した。

#### (オ) 会議等への参加

五條市は、環境省主催の自治体連絡会議及び検討会等に参加した。

### (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査

#### (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

五條市は、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」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6年度石綿読影の精度に係る調査報告  
表1～表6のとおり

- (2) 参考資料  
別添1～別添10のとおり

|    |    |                               |
|----|----|-------------------------------|
| 別添 | 1  | 同意書                           |
| 別添 | 2  | 調査票                           |
| 別添 | 3  | 1次読影チェックシート                   |
| 別添 | 4  | 石綿読影調査参加説明（フローチャート）           |
| 別添 | 5  | 石綿読影の精度に関する調査参加申し込みについて（参加者へ） |
| 別添 | 6  | 石綿2次読影調査の結果について（所見なし）         |
| 別添 | 7  | 石綿2次読影検査の結果について（所見あり）         |
| 別添 | 8  | 石綿読影調査の精密検査依頼書                |
| 別添 | 9  | 石綿読影の精度に係る調査精密検査結果通知書         |
| 別添 | 10 | 広報原稿                          |
| 別添 | 11 | 精密検査にかかる費用負担について              |

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 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 50～59歳 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 60～69歳 | 3  | 75.0%  | 1  | 100.0% | 4  | 80.0%  |
| 70～79歳 | 1  | 25.0%  |    | 0.0%   | 1  | 20.0%  |
| 80～89歳 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 90歳以上  |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 合 計    | 4  | 100.0% | 1  | 100.0% | 5  | 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                      |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 過去の喫煙者                    | 4  | 100.0% | 1  | 100.0% | 5  | 100.0% |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600未満 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600以上 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 合 計                       | 4  | 100.0% | 1  | 100.0% | 5  | 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    | 4  | 100.0% |    | 0.0%   | 4  | 80.0%  |
| 家庭内ばく露   |    | 0.0%   | 1  | 100.0% | 1  | 20.0%  |
| 施設立入等ばく露 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 環境ばく露・不明 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 無回答      |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 合 計      | 4  | 100.0% | 1  | 100.0% | 5  | 100.0% |

表4:一次読影医について

| No | 主科      | 診療従事年数(年) |
|----|---------|-----------|
| 1  | 放射線科専門医 | 50年       |
|    |         |           |
|    |         |           |
|    |         |           |
|    |         |           |

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) | 5          |
| 1次読影 実施者数        | 5 ( 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            | 5  | 0     | 0      | 0      | 4      | 1      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見実人数          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ①胸水貯留              | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜ブランク            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| その他の所見             | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |

※ 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胸膜ブランク(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胸膜ブランク且つ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) | 5          |
| 1次読影 実施者数        | 5 ( 100% ) |
| 2次読影 実施者数        | 5 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 1 ( 20% )  |

## 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            | 5  | 0     | 0      | 0      | 4      | 1      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見実人数          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ①胸水貯留              | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ②胸膜プラーク            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| その他の所見             | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 0      | 0      | 0     |

※ 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            | 1  | 0     | 0      | 0      | 1      | 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

## 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。）及び五條市が実施する「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、五條市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、事務局及び五條市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

五條市長 殿

（同意者）            年    月    日

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 石綿読影の精度に係る調査 石綿ばく露の状況 調査票

※太枠のみ記入してください。

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

※あてはまる口に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。

☐ 無☐ 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名

喫煙歴はありますか。

☐ 無☐ 有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本家族や同僚で石綿関連疾患<sup>※</sup>にかかった人や胸膜ブランク(胸膜肥厚斑)を指摘されたことのある人はいますか。☐ 無

※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等

☐ 有☐ わからない

1. 現在までの職歴(アルバイト等短期間の仕事も含む)において、石綿を取り扱う下記の作業または、同作業現場で事務や経理等をしたことがありますか。

☐ 無☐ 有

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1)建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ | (5)石綿紡織製品の製造、使用      |
| (2)断熱や保温のための被覆作業、その補修  | (6)ブレーキライニングなど摩擦材の製造 |
| (3)船舶、車両の製造、補修         | (7)その他石綿に関連する作業      |
| (4)スレート板など建築材料の製造、切断   | ( )                  |

2. ご家庭で下記のような経験をしたことがありますか。

☐ ご家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。☐ 石綿に関する作業が、自宅で行われた。

3. 下記のような経験をしたことがありますか。

☐ 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。☐ 職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。

□本調査の1次または2次読影で精密検査不要かつ石綿関連所見があった場合、有所見者調査へ参加しても良い。

※その他、石綿のばく露の機会について心当たりがあれば記入してください。

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

## 令和6年度 石綿肺影の精度確保に係る調査 1次読影チェックシート

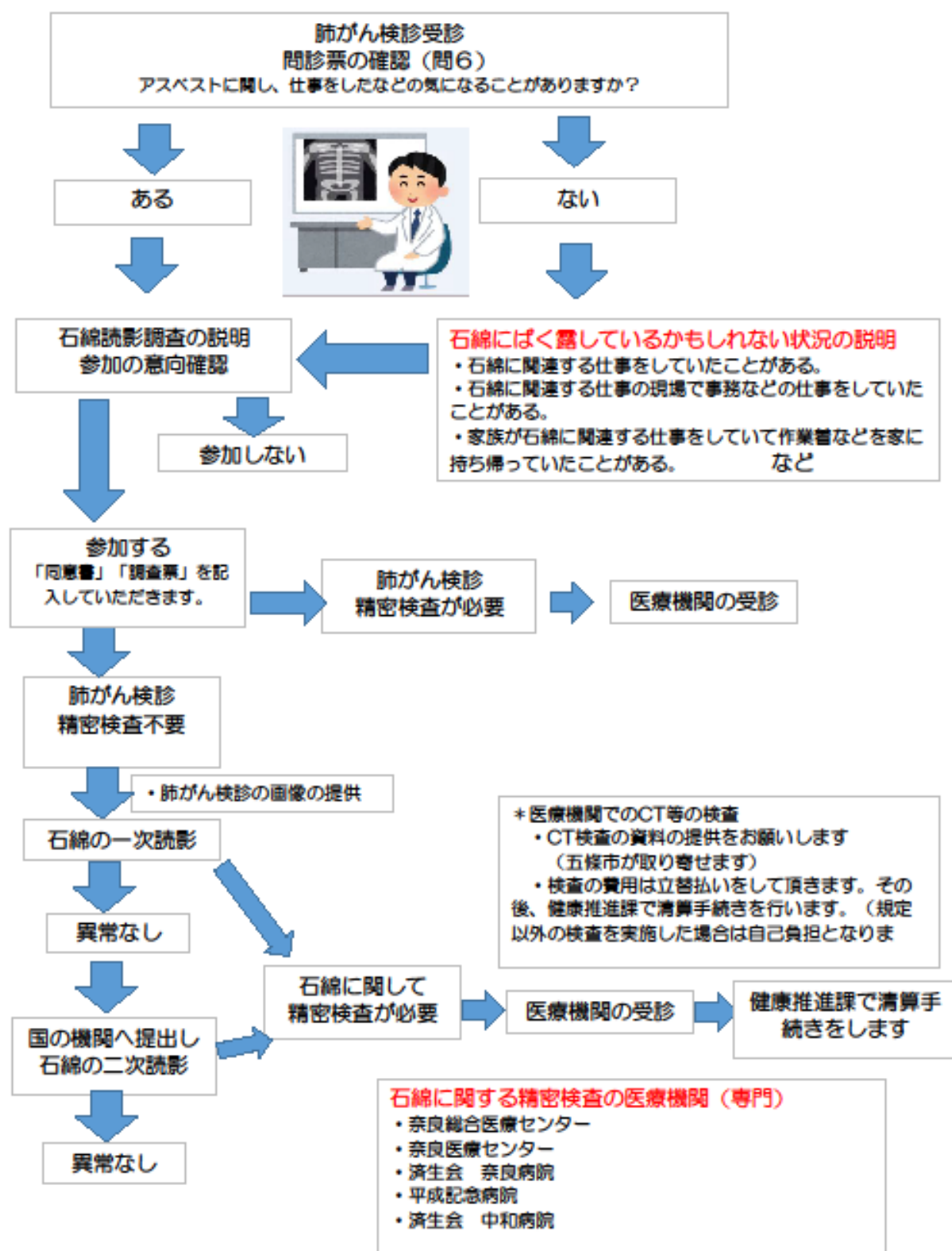
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ID                       |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|---|--|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|--|--|-----|--------|--|--|---------|--|--|--|
| 参加者<br>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><u>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。</u></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 rowspan="2"></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<sup>※注1</sup></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>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> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚<sup>※注2</sup></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>※有の場合</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上 <input type="checkbox"/></td> <td>1/2～1/4 <input type="checkbox"/></td> <td>1/4未満 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上 <input type="checkbox"/></td> <td>1/2～1/4 <input type="checkbox"/></td> <td>1/4未満 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(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)<sup>※注3</sup></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 colspan="6"> <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。</p> <p>(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。</p> <p>(イ) 両側側胸壁の第8 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 縦隔方向(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> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">その他の所見</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <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> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">石綿肺影による<br/>判定</td> <td colspan="3"> <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) </td> </tr> <tr> <td colspan="3">追記事項</td> </tr> <tr> <td>記入日</td> <td colspan="3">読影医師氏名</td> </tr> <tr> <td>読影実施機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table> |                          |                                |                                  | 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 <sup>※注1</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 石灰化の有無                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | ③びまん性胸膜肥厚 <sup>※注2</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※有の場合 | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4 <input type="checkbox"/> | 1/4未満 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4 <input type="checkbox"/> | 1/4未満 <input type="checkbox"/> | ④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(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) <sup>※注3</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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。</p> <p>(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。</p> <p>(イ) 両側側胸壁の第8 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 縦隔方向(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> |  |  |  |  |  | その他の所見 |  |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <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> <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) 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"/> | 石綿肺影による<br>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 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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 <sup>※注1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 石灰化の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |                                |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ③びまん性胸膜肥厚 <sup>※注2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ※有の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4 <input type="checkbox"/> | 1/4未満 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 <input type="checkbox"/> | 1/2～1/4 <input type="checkbox"/> | 1/4未満 <input type="checkbox"/> |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(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) <sup>※注3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
| <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。</p> <p>(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。</p> <p>(イ) 両側側胸壁の第8 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 縦隔方向(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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
| その他の所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <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> <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) 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"/>         |                                |                          |                                |                                  |                                |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |                                |                                  |                                |                          |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |   |  |   |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |               |                                                                                                                         |  |  |      |  |  |     |        |  |  |         |  |  |  |
| 石綿肺影による<br>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)                                             |
|          | <input type="checkbox"/> 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 ( )                                                                |

アスベストが気になる方は…

石綿読影調査に参加しませんか



## 石綿読影の精度に関する調査への参加申し込みについて

この調査は、  
既存の検診（肺がん検診）の機会を利用して石綿関連疾患が発見できる体制の整備を行うにあたり、石綿関連疾患の読影の精度向上につながる知見を収集することを目的として行われるものです。  
下記のことについてご確認ください参加ご協力いただける場合のみ「同意書」「調査票」の提出をお願いいたします。

### 記

別紙「石綿読影調査の流れ」をご参照下さい。

#### ①石綿読影調査への参加

「同意書」「調査票」の2つの書類の提出をお願いします。

＊肺がん検診の画像提供、精密検査時のデータ提供、石綿読影調査への協力等への同意となります。

#### ②石綿の一次読影

石綿に関連した疾患について、肺がん検診での画像のデータを利用して専門の医師による読影を行います。

#### ③石綿の二次読影

②石綿の一次読影で「異常なし」との結果となった場合、肺がん検診の画像データを環境省へ提供し、再度専門の医師による読影を行います。

#### ④石綿の読影で精密検査が必要となった場合

CT 検査等の精密検査を受けていただく必要があります。

＊詳しくは、五條市から改めてご案内させていただきます。

#### ⑤精密検査の医療機関

＊CT 検査ができる医療機関であれば指定はしていません。

＊石綿関連疾患について詳しく診察を受けられる専門医療機関として県内には6機関があります。  
(裏面あり)

【石綿関連疾患の専門医療機関】

| 医療機関名                | 住所：電話番号                             |
|----------------------|-------------------------------------|
| 奈良県総合医療センター          | 奈良市七条西町2丁目897-5<br>電話：0742-46-6001  |
| 奈良医療センター             | 奈良市七条2丁目789<br>電話：0742-45-4591      |
| 社会福祉法人恩賜会<br>済生会奈良病院 | 奈良市八条4丁目643番地<br>電話：0742-36-1881    |
| 社会医療法人平成記念病院         | 橿原市四条町827<br>電話：0744-29-3300        |
| 社会福祉法人恩賜会<br>済生会中和病院 | 桜井市大字阿部302番地<br>電話：0744-43-5001     |
| 奈良県西和医療センター          | 生駒郡三郷町三室1丁目14-16<br>電話：0745-32-0505 |

⑥精密検査の費用の助成

CT検査の費用が助成されますが、その他の検査が必要な場合は自己負担金が発生することがあります。

医療機関の窓口で一旦医療費の支払いをしていただきます。後日、医療費の償還手続きのため健康推進課にお越しください。

お問合せ・連絡先  
五條市野原西6丁目1-18  
五條市すこやか市民部健康推進課 健康推進係  
担当 坂口 中井  
電話 22-4001（内線290）

令和      年      月      日

\_\_\_\_\_  
様

## 石綿読影調査の結果について

このたび、石綿読影調査に参加いただきありがとうございます。  
環境省での石綿専門医師による二次読影が令和      年      月      日に実施された結果が届きましたので、下記のとおりお知らせします。

1. 石綿関連疾患・呼吸器疾患に関して、

「所見なし」(精密検査不要)でした。

2. ご注意

- \*これからも1年に1回は肺がん検診を受けましょう。
- \*自覚症状がある時は、早い時期に医療機関を受診してください。

この検診についてのお問い合わせ先  
五條市健康推進課 健康推進係  
五條市野原西6丁目1-18  
電話 0747-22-4001 (内線 290)  
FAX 0747-22-6585

石綿読影調査の読影の結果について

令和 年 月 日

様

このたび、石綿読影調査に参加いただきありがとうございます。  
令和 年 月 日実施の肺がん検診時に同意いただいた石綿読影調査について、環境省での石綿専門医師による二次読影の結果が届きました。

石綿関連疾患の所見があり、精密検査が必要と判定されました。

＜ 〉との所見がありますので、より詳しく精密検査を受けてください。

**\*精密検査を受ける医療機関について**

- ・胸部の CT 検査が受けられる医療機関であれば指定はしていませんが、専門的な医療機関を受診することをお勧めします。
- ・奈良県内にて石綿関連疾患の専門病院としては裏面に紹介しています6つの医療機関があります。

**\*石綿読影調査の精密検査について**

- ・病院受診の初診料又は再診料、胸部 CT 検査については補助があります。  
(補助ができない検査もありますのでご了承ください)
- ・領収書と診療明細書を受け取ってください。補助の申請手続きに必要となります。

**\*補助の申請手続きに必要なもの**

- ・検査を受けた際の領収書と診療明細書
- ・請求書
- ・入金用の通帳（または振込口座のコピー）
- ・印鑑

この検診についてのお問合せ先

五條市健康推進課 健康推進係

五條市野原西6丁目1-18

電 話 0747-22-4001 (内線290)

FAX 0747-22-6585

## 石綿読影調査の精密検査依頼書

令和 年 月 日

主治医 殿

平素より、五條市保健事業にご協力を頂きまして厚く御礼申し上げます。

五條市では、環境省より「石綿読影の精度に係る調査（五條市）委託業務」の契約を受託し、石綿関連疾患が発見できる体制整備を行う石綿読影調査を実施しております。

本書持参の方は、石綿読影の精度の関する調査にて環境省において二次読影を実施した結果、精密検査が必要との判定となりました。

ご多忙中とは存じますが、御高診賜りたくお願い申し上げます。

つきましては、読影の精度向上のため検査結果通知書及びCT画像検査データを提供頂きますよう重ねてお願い申し上げます。同封しましたレターパックにて返信をお願いいたします。

記

### 石綿読影調査（二次読影）の読影検査結果

|                |                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------|
| 受診者氏名          | 様                                                      |
| 生年月日           | 昭和 年 月 日                                               |
| 住 所            | 奈良県五條市                                                 |
| 胸部X線<br>撮影日    | 令和 年 月 日（五條市肺がん検診）                                     |
| 石綿関連疾患<br>読影結果 | （環境省による二次読影日） 令和 年 月 日<br>（環境省による胸部X線所見） 石綿関連疾患所見あり（ ） |

この検診についてのお問合せ先

五條市健康推進課 健康推進係

五條市野原西6丁目1-18

電 話 0747-22-4001（内線290）

FAX 0747-22-6585

## 石綿読影の精度に係る調査精密検査結果通知書

令和 年 月 日  
 五條市健康推進課健康推進係  
 奈良県五條市野原西 6 丁目 1 番 18 号  
 TEL0747-22-4001 (内線 290)

|     |        |      |               |
|-----|--------|------|---------------|
| 氏 名 | (性別) 性 | 生年月日 | 昭和 年 月 日生( 歳) |
| 住 所 | 奈良県五條市 |      | 電話番号          |

検査結果を下記の欄にご記入ください。

| 検査内容              | 実施したすべての検査に○をしてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1 胸部 X 線<br>2 胸部 CT 検査<br>3 気管支鏡検査(気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検)<br>4 その他の検査：検査( ) |     |                          |                          |                          |                          |                          |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|----|------|-------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 胸部 CT 画像所見        | <p>お手数ですが、胸部 CT 検査の結果もご記入ください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日</th><th>年</th><th>月</th><th>日</th><th>有 疑</th><th>右</th><th>左</th><th>なし</th><th>評価不能</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td><td></td><td></td><td></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胸膜ブランク(限局性の胸膜肥厚)</td><td></td><td></td><td></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>③びまん性胸膜肥厚</td><td></td><td></td><td></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>④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</td><td></td><td></td><td></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肺野の間質影</td><td></td><td></td><td></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>⑥円形無気肺</td><td></td><td></td><td></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>⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)</td><td></td><td></td><td></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>⑧リンパ節の腫大</td><td></td><td></td><td></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>⑨その他の所見<br/>( )</td><td></td><td></td><td></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>※評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。<br/>         ※胸膜肥厚や結核性所見は他所見にチェックして下さい。</p> |                                                                        | 検査日 | 年                        | 月                        | 日                        | 有 疑                      | 右                        | 左 | なし | 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胸膜ブランク(限局性の胸膜肥厚) |  |  |  | <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"/> | ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⑤肺野の間質影 |  |  |  | <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"/> | ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等) |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⑧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<br>( ) |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 検査日               | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 月                                                                      | 日   | 有 疑                      | 右                        | 左                        | なし                       | 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胸膜ブランク(限局性の胸膜肥厚) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     | <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"/> |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| ⑤肺野の間質影           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     | <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"/> |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| ⑧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<br>( )    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| 診断名               | 1 <input type="checkbox"/> 異常なし<br>2 <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患<br><input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 石綿による肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水<br>(石綿との関連性： <input type="checkbox"/> 強く疑う <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 他の原因である)<br>3 <input type="checkbox"/> 上記 2 以外の疾患<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |     |                          |                          |                          |                          |                          |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| 判 定               | 1 <input type="checkbox"/> 異常なし<br>2 <input type="checkbox"/> 経過観察<br>3 <input type="checkbox"/> 要精密検査 【 <input type="checkbox"/> 当院にて精密検査実施 <input type="checkbox"/> 他院紹介 ( )】<br>4 <input type="checkbox"/> 要医療 【 <input type="checkbox"/> 当院にて治療 <input type="checkbox"/> 他院紹介 ( )】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |     |                          |                          |                          |                          |                          |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| その他               | 今後の治療や、救済法の申請手続きのご案内の状況等お知らせください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |     |                          |                          |                          |                          |                          |   |    |      |       |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                   |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |           |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |              |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |         |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |        |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |          |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |

上記のとおり、報告します。

年 月 日 医療機関所在地  
 医療機関名  
 医師名

## 肺がん検診を受けましょう

肺がん検診について下記の日程で地域を巡回しています。また過去にアスベスト(石綿)に関わる仕事をしていた人は、アスベスト(石綿)の検査も無料で受けることができます。

※12月以降の日程については広報五條11月号でお知らせします。アスベスト(石綿)検査を希望する人は、11月中に肺がん検診を受診してください。

■問合先 健康推進課 健康推進係

11月がん検診日程表

| 月  | 日  | 曜日 | 場所     | 時間          | 胃がん | 肺がん | 大腸がん | 乳がん | 子宮がん |
|----|----|----|--------|-------------|-----|-----|------|-----|------|
| 11 | 5  | 火  | 二見公民館  | 9:00~9:10   | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 阪合部公民館 | 9:30~9:40   | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 火打町集会所 | 10:00~10:10 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 山陰町集会所 | 10:30~10:40 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | カルム五條  | 11:00~11:45 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 田園公民館  | 13:00~13:10 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 住川会館   | 13:30~13:40 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | 原町集会所  | 14:10~14:20 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    |    |    | カルム五條  | 15:00~15:45 | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |
|    | 19 | 火  | カルム五條  | 午前中         | ○   | ○   | ○    | ○   | ○    |

アスベスト(石綿)の検査とは

●アスベスト(石綿)は健康被害が確認されたため昭和50年頃に禁止されました。

●職業や環境によりアスベスト(石綿)を吸い込んで健康に不安がある人を対象として、アスベスト(石綿)関連疾患(中皮腫、肺がん等)の早期発見のため、肺がん検診で撮影したレントゲン画像を利用した検査をしています。

●肺がん検診の画像提供に同意すると、アスベスト(石綿)に関連する疾患がないか専門医が再度検査を行います。「要精密検査」となった人は検査費用を助成します。(上限 7,500 円)

## 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（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）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けた場合に限り下記費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

## 1. 精密検査費用の内、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1～4、注5及び注10～16】

イ. 再診料【A001 注1～3、及び注15～20】

ウ. 外来診療料【A002 注1～4、注5、注10及び注11】

## (2) 医学管理等

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）【E200】

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【E203】

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又は画像診断管理加算4【画像診断 通則5】

オ. 電子画像管理加算【コンピューター断層撮影診断料 通則3】

## 2. その他

(1) 精密検査の診断結果取り寄せにかかる費用（郵送料やコピー代、CD-R等の消耗品代等）

(2) 上記1.において自己負担分の計算が困難な場合等、環境省と協議した結果、委託費の範囲内と認められた費用

令和6年度環境省委託業務報告書

令和6年度石綿読影の精度に係る調査（五條市）委託業務

令和7年3月31日

発注者 環境省大臣官房

環境保健部企画課石綿健康被害対策室

TEL：03-5521-6558

E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 五條市岡口1丁目3番1号

名称 五條市