

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（河合町）  
委託業務報告書

令和7年2月

河合町

## 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                     | 2 |
| (1) 令和6年度石綿読影の精度に係る調査報告       | 2 |
| (2) 参考資料                      | 9 |

## 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

河合町福祉部子育て健康課 保健センター 等

## III. 委託業務の実施期間

令和6年4月1日から令和7年2月21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河合町が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力に同意する者
- ②既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な者

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

### 2. 実施方法

#### （1）石綿読影の精度に係る調査

##### （ア）広報活動

河合町は、参加者の募集に関して、石綿ばく露の健康管理に係る試行調査に参加した者に対し広報活動を行い、石綿ばく露について少しでも不安のある方に本調査へ参加いただけるように努めた。

##### （イ）受付、問い合わせ対応

河合町は、電話、FAX等複数の手段によって、参加者の受付や問合せに対応した。参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（参考様式1）により同意を取った。

##### （ウ）石綿ばく露の把握

河合町は、「エ. 石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票（参考様式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

河合町は、参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せた。

次に、河合町は、別紙1の医療機関に委託し、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（参考様式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ることとした。

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

b) 精密検査

河合町は、上記読影において、所見が見られ、「要精密検査」と判定される者はいなかった。

(オ) 会議等への参加

河合町は、担当者を環境省主催の検討会（WEB上で1回の実施を想定）等に参加させることができた。

(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

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

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

| 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%   | 1      | 25.0%  | 1<br>16.7%  |
| 60～69歳         |    | 0.0%   |        | 0.0%   | 0.0%        |
| 70～79歳         | 2  | 100.0% | 2      | 50.0%  | 4<br>66.7%  |
| 80～89歳         |    | 0.0%   | 1      | 25.0%  | 1<br>16.7%  |
| 90歳以上          |    | 0.0%   |        | 0.0%   | 0.0%        |
| 合 計            | 2  | 100.0% | 4      | 100.0% | 6<br>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                               | 1  | 50.0%  | 4  | 100.0% | 5  | 83.3%  |
| 過去の喫煙者                             | 1  | 50.0%  |    | 0.0%   | 1  | 16.7%  |
| 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                                | 2  | 100.0% | 4  | 100.0% | 6  | 100.0% |
| ※ ブリンクマン指数 = 〔1日当たりの喫煙本数〕 × 〔喫煙年数〕 |    |        |    |        |    |        |

| 表3:参加者のばく露歴 |    |        |    | (単位:人) |             |
|-------------|----|--------|----|--------|-------------|
|             | 男性 |        | 女性 |        | 合計          |
| 職業ばく露       | 1  | 50.0%  | 0  | 0.0%   | 1<br>16.7%  |
| 家庭内ばく露      | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   | 0<br>0.0%   |
| 施設立入等ばく露    | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   | 0<br>0.0%   |
| 環境ばく露・不明    | 1  | 50.0%  | 3  | 75.0%  | 4<br>66.7%  |
| 無回答         | 0  | 0.0%   | 1  | 25.0%  | 1<br>16.7%  |
| 合 計         | 2  | 100.0% | 4  | 100.0% | 6<br>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 | 51        |
|              |      |           |
|              |      |           |
|              |      |           |
|              |      |           |

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) | 6 |          |
| 1次読影 実施者数        | 6 | ( 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            | 6  | 0     | 0      | 1      | 0      | 4      | 1      | 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) |  | 6 |          |
| 1次読影 実施者数        |  | 6 | ( 100% ) |
| 2次読影 実施者数        |  | 6 | ( 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                                    | 6  | 0      | 0      | 1      | 0      | 4      | 1      | 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                            |    |        |        |        |        |        |        |       |

0

| 3. CT検査(二次読影でCT検査が必要とされた参加者) |    |       |        |        | (単位:人) |        |        |       |
|------------------------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
|                              | 合計 | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～69歳 | 70～79歳 | 80～89歳 | 90歳以上 |
| 画像検査受診者                      | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数             | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| 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

(2) 参考資料

別添 1 ～別添 5 のとおり

別添 1

医療機関への検査委託

名 称：医療法人 健康支援三恵  
住 所：奈良県北葛城郡広陵町大字寺戸 621 番地 1

| 項 目         | 単 価（税込み） |
|-------------|----------|
| 一次読影        | 550 円    |
| 事務手数料(郵送料込) | 1,100 円  |
| 画像データ作成料    | 220 円    |

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。）及び河合町が実施する「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）について、石綿読影の精度に係る調査計画書に記載された調査目的や内容を理解するとともに、以下の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)

- 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、河合町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、河合町が受診先医療機関に診断結果等を照会し、情報を得ること。また精密検査の費用については、参加者本人に費用負担が発生する場合があること
- 読影調査に参加することによって、中皮腫等の石綿関連疾患について、必ず早期発見できることは限らないこと
- 中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合であっても、全てが予後の改善や完治につながることは限らないこと
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び河合町において適正に管理・保管された上で、本調査において利用すること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、事務局による「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や画像を活用した事例集の作成等、石綿ばく露者の健康管理対策のための事業において別途利用する場合があること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、法令上の措置に必要な範囲で、独立行政法人環境再生保全機構において利用する場合があること
- 読影調査で得られた結果を公表する場合は、個人が特定できないような形式で公表すること

河 合 町 長 殿

(同意者)                      年    月    日

氏 名: \_\_\_\_\_  
住 所: \_\_\_\_\_  
電話番号: \_\_\_\_\_

(参考様式2)

別添3

## 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※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☐ 有☐ わからない

※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等

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。

日本調査の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。

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

(参考様式3)

## 令和6年度 石綿読影の精度確保に係る調査 1次読影チェックシート

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ID                             |                                  |                                |                                |                                  |                                |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|---|--|--|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|---------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--------|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|
| 参加者<br>氏名等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | フリガナ<br>氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 読影画像                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 胸部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></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <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※注2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>※有の場合</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2～1/4</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2～1/4</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <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頭らかな陰影とは、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6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。</p> <p>※注2 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> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th></th> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺Ⅰ型程度に満たない線維化所見)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">石綿読影による<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)         </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 要精密検査(呼吸器疾患疑い・その他)         </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">追記事項</td> </tr> <tr> <td>記入日</td> <td colspan="2"></td> <td>読影医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">読影実施機関名</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※注1               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 石灰化の有無                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | ③びまん性胸膜肥厚※注2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※有の場合 | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2～1/4 | <input type="checkbox"/> 1/4未満 | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2～1/4 | <input type="checkbox"/> 1/4未満 | ④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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頭らかな陰影とは、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6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。</p> <p>※注2 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></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th></th> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺Ⅰ型程度に満たない線維化所見)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <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"/> |  |  |  | 石綿読影による<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) |  |  |  |  |  | <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※注1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 石灰化の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         |                                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         |                                |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ③びまん性胸膜肥厚※注2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ※有の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2～1/4 | <input type="checkbox"/> 1/4未満 | <input type="checkbox"/> 1/2以上 | <input type="checkbox"/> 1/2～1/4 | <input type="checkbox"/> 1/4未満 |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| <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頭らかな陰影とは、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6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。</p> <p>※注2 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></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th></th> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺Ⅰ型程度に満たない線維化所見)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <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"/>       |                                |                                  |                                |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 石綿読影による<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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                                |                                  |                                |                                |                                  |                                |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |             |                          |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |  |  |  |               |                                                                          |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |     |  |  |        |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <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)                      |  |
|          | ↳ 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 ( )                                         |  |

様

河合町保健センター

## 「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果について

本調査における二次読影結果について、下記のとおりお知らせします。

医療機関を受診され、調査の所見について主治医にご相談される際には、この用紙をお持ちください。

## 1. 所見なし(要精密検査不要)

所見：

これからも1年に1回は肺がん検診を受けましょう。

## 2. 石綿関連疾患以外の所見あり(要精密検査)

所見：

精密検査が必要ですので、早めに精密検査を受けてください。

精密検査を受診される際には、この用紙をお持ちください。

なお、本件に関し再検査・要精密検査をお受けになる場合の費用は、この調査で負担することはできません。通常の保険診療となり、ご本人様負担が発生することをあらかじめご了承ください。

## 3. 石綿関連疾患疑い(要精密検査)

所見：

本調査で確認している石綿関連所見は、同封の「石綿関連所見について」に記載しています。

精密検査が必要ですので、早めに精密検査を受けてください。

精密検査を受診される際には、この用紙をお持ちください。

詳細は別添の「精密検査について」をご覧ください。

精密検査に係る費用については、別紙申請書で、後日申請をしてください。

**必ずお読みください**

本調査では、市町村の肺がん検診で撮影した胸部X線画像から、所見の確認をしています。

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

なお、受診の際、石綿ばく露歴があることを医師に必ず伝えてください。

また、皆様後存知の通り、肺がんの最大の原因は喫煙です。

ただし、喫煙も石綿ばく露のない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙だけの人は約10倍、石綿ばく露だけの人は約5倍、喫煙をする石綿ばく露者は約50倍と喫煙と石綿ばく露の両方を受けると危険性が相乗的に高くなることが知られています。

現在、喫煙している方は、肺がん発生の危険性を減らすためにも、是非、禁煙しましょう。

&lt;お問い合わせ&gt;

河合町保健センター

〒636-0053

奈良県北葛城郡河合町池部 1-2-9

電話 0745-56-6006

FAX 0745-56-5353

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（河合町）委託業務

令和 7 年 2 月 2 1 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 : 03-03 - 5521 - 6558  
                    E-mail   ISHIWATA@env. go. jp

受託者            住所   奈良県北葛城郡河合町池部 1 丁目 1 番 1 号  
                    名称   河合町