

令和8年度石綿読影の精度確保等調査業務に係る仕様書

1. 件名

令和8年度石綿読影の精度確保等調査業務

2. 業務目的

環境省では、効果的な石綿ばく露者の健康管理の在り方を検討しており、平成27年度から令和元年度にかけては、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」（以下「試行調査」という。）を実施した。令和2年度から令和7年度にかけては、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、「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）を実施し、また、石綿関連疾患の早期発見、早期救済の可能性検証のための知見の収集を行うことを目的に、「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」（以下「有所見者調査」という。）を実施した。

令和8年度も、読影調査及び有所見者調査を引き続き実施することとし、本業務は、読影調査に関する2次読影等及び有所見者調査を行う。

3. 業務内容

3. 1 読影調査

3. 1. 1 2次読影の実施

環境省が定める「石綿読影の精度に係る調査計画書」に基づき、1次読影を実施する参加自治体（35自治体程度）から順次送付されてくる1次読影対象者（1,100人程度）及び精密検査対象者（250人程度）の画像データ等資料一式（以下「自治体資料」という。）について、石綿関連疾患について十分な知識を持った医師に依頼し2次読影を実施する。

胸部エックス線の2次読影は、2次読影対象者1名の画像につき2名の読影医が行い、過去撮影画像（自治体等から取り寄せられる場合のみ）を参照し、2次読影チェックシート（別添1）を用いて画像所見等の有無による判定を行う。なお、2次読影を行う際は、参加自治体から1次読影において比較読影を実施した過去画像が送付された場合、2次読影においても比較読影を実施することとする。この際、画像所見等の有無による判定が2名の読影医によって異なった場合は、請負者は意見調整を行い、両者の総意を得た結果を2次読影の結果とする。胸部CTの2次読影は、2次読影対象者1名の画像につき1名の読影医が行い、2次読影チェックシート（別添2）を用いて画像所見等の有無による判定を行う。

胸部エックス線の2次読影に協力した医師に対しては謝礼（2次読影対象者1名分の読影について読影医1名当たり850円）を支給する。胸部CTの2次読影に協力した医師に対しては謝礼（胸部CT2次読影対象者1名分の読影について読影医1名当たり4,500円）を支給する。なお、2次読影に協力する医師については、環境省担当

官と相談した上で5名程度確保するなど、可能な限り1次読影から間を空けずに2次読影を実施するよう努めること。また、2次読影は、個人情報である画像の管理等にも配慮した遠隔による方法で行うこととし、医師の求めに応じ読影に必要な装置をリース等により整備すること。

胸部エックス線の2次読影の結果（2次読影チェックシートのシェーマ図等）について、参加自治体に書面で通知するとともに、自治体資料についてはカラーコピー等を取った上で、原本を参加自治体に返送する。なお、参加自治体の連絡先は契約締結後環境省が提供する。

胸部CTの2次読影の結果、胸部CT検査画像1次読影医と異なる所見となった場合であって、医療の介入が必要と2次読影医が判断したとき、または石綿関連疾患以外の所見について、1次読影医に伝達することが望ましいと2次読影医が判断したときは、環境省に参加者の情報（自治体や受診医療機関等）を提供し、1次読影実施医への2次読影結果通知方法について参加自治体と協議する。

3. 1. 2 読影講習会の開催

石綿関連疾患等の診断精度向上のための医師向けの読影講習会を下記のとおり実施する。

（1）実施場所及び実施回数

読影講習会は、関東地方、中部地方、近畿地方、九州地方等の主要都市で、計4回程度実施する（1回当たり1日約3時間程度を想定）。読影講習会はWEB会議システムを利用し、現地及びWEB会議形式での開催を実施すること。

（2）定員

各地域とも現地参加者は10名程度とし、定員を超えた場合は環境省担当官と相談することとする。なお、WEBでの参加者は定員を定めない。

（3）実施方法

（ア）講師

講師は、環境省担当官と相談した上で3名程度確保し、各地域2名程度で講義を実施する。また、講師への参加依頼、謝金・旅費の支払い等の一切の事務を行うこと。なお、旅費は「国家公務員等の旅費に関する法律」、「国家公務員等の旅費に関する法律施行令」及び「国家公務員等の旅費支給規程」に準じて旅費を支給するとともに、謝金は講師1名1時間当たり8,700円を支給すること。

（イ）周知チラシの作成及び周知等の実施

読影講習会の周知・広報に資するため、周知チラシを作成・印刷する（コー

ト紙、A4版両面カラー2頁程度、3,000部程度）。

また、契約締結後に環境省担当官が提供する「医療機関のリスト」等をもとに、案内送付先リストを作成し、医療機関、自治体等（2,000か所程度）及び検討会等の委員に周知チラシを送付する。また、環境省担当官と調整の上、開催日1か月前までに日本医師会、関係学会等に単位認定及びホームページへ掲載等の協力を得る。更に、請負者のホームページにおいても読影講習会について掲載し、広報を行うこと。

（ウ）参加者の受付等

読影講習会への参加は事前登録制とし、電話・電子メール等による申込みの受付対応を行う。登録に際しては、氏名・職種（臨床医・放射線科医・産業医・その他）・所属（医療機関及び部署）・連絡先等の情報を得る。

なお、当日、講習会への飛び込みの参加者があった場合には、定員を超えない限り、氏名・職種・所属・連絡先等の情報を得た上で、参加は妨げないものとする。また、参加登録の際のデータ送受信等、個人情報の取扱いについては、十分留意すること。

（エ）講習会資料の準備及びアンケートの実施

環境省担当官及び講師と相談した上で、講習会資料を作成・印刷する（1回当たりA4版カラー40頁程度、10部程度）。また、講習会の感想等についてのアンケートを作成・印刷（1回当たりA4版2頁程度、10部程度）し、当日アンケート調査を行う。

（オ）会場・備品について

各地域の読影講習会において、読影機材をセットした状態で余裕を持って講義を受けることができる程度の会場（各地域10名程度を想定、プロジェクター、スクリーン、マイク（講師用1本と参加者用5本程度）等を含む）、放射線画像の読影ができる読影用パソコン^{※1}（1台）及び医療用モニタ^{※2}（10台程度）等、読影講習会に必要な備品を準備する。尚、モニタの設置により、受講者1人当たり長机1個が必要なため、20人程度の会場を準備する。

※1 放射線画像読影用パソコンは、医療用モニタと接続できる機能を有するとともに、CPU：クアッドコア、メモリ：4GB、HDD：500GB、グラフィックス：NVIDIA Quadroと同程度の要件を満たすものを調達すること。

※2 放射線画像読影の医療用モニタは、「医療用画像表示用モニタの品質管理に関するガイドライン」に記載されているDICOM規格と同程度の要件を満たすものを調達すること。

3. 1. 3 読影調査の結果等を踏まえた検討

(1) 読影調査結果の取りまとめ及び分析

本調査のデータの取りまとめを行う。また、前年度の読影調査の結果について1次読影の結果と2次読影の結果を照合する等、データ分析を行い、自治体の石綿読影の精度向上に向けた知見を収集し、3.3で定める検討会に向けて資料を作成する。その内容や様式については、環境省担当官と協議し決定すること。なお、取りまとめに当たり参加自治体に確認する必要が生じた場合には、電話又は電子メール等により確認を行うこと。

(2) 自治体担当者会議の開催

自治体担当者会議（50名程度の参加を想定）を開催（WEB会議形式で1回、2時間程度を想定）し、出席者の取りまとめや日程調整、会議資料の作成、議事録の作成等の庶務を行う。なお、開催時期や会議資料の内容については、環境省担当官と相談した上で決定すること。

3. 1. 4 その他

(1) 自治体説明会の開催

読影調査の対象地域を拡大させるため、自治体説明会（15名程度の参加を想定）を開催（WEB会議形式で1回、2時間程度を想定）し、出席者の取りまとめや日程調整、会議資料の作成、議事録の作成等の庶務を行う。なお、開催時期及び資料の内容等については、環境省担当官と相談した上で決定すること。

(2) 2次読影ワーキンググループの開催

2次読影に関する議題を検討するため、2次読影ワーキンググループ（2次読影医5名程度の参加を想定）を開催（WEB会議形式で1回、2時間程度を想定）し、出席者への謝金（1名1日当たり18,000円）の支払いや日程調整、会議資料・議事録の作成等の庶務を行う。なお、開催時期及び資料の内容等については、環境省担当官と相談した上で決定すること。

3. 2 有所見者調査

3. 2. 1 有所見者調査の実施

(1) 周知チラシの作成及び周知の実施

有所見者調査の周知のためのチラシを作成・印刷する（コート紙、A4版両面カラー4頁程度、10,000部程度）。チラシの内容については、環境省担当官と協議し決定する。

周知については、読影調査の参加自治体からも協力を得ることとし、参加自治体と送付時期や必要数等について事前に調整した上で、チラシを参加自治体宛て送付する。また、請負者のホームページにおいても有所見者調査について掲載し、広報を行うこと。

(2) 申請の受付、問合せ対応、参加者の情報提供に係る同意取得

フリーダイヤルを設置し、電話での対応（1件当たり30分40回程度を想定）に加え、電子メール等複数の手段によって、有所見者調査に対する申請の受付や問合せに対応する。

また、申請の受付に際して、説明書（A4版4頁程度）、申請書・同意書（A4版1枚程度）を作成し、インフォームドコンセントに留意し有所見者調査に係る関係者への情報（個人情報を含む。）提供に係る説明を行った上で、当該情報提供について有所見者調査参加者の同意を得ることとする。同意書には、読影調査参加自治体に有所見者調査の結果を提供する旨を明記すること。

(3) 有所見者調査参加者の分類

参加者（調査対象自治体からの転居者等20人程度を想定）を、環境省が提示する有所見者調査の対象者要件に基づき、「石綿のばく露が推定される集団」又は「石綿の大量ばく露が推定される集団」に分類する。

分類する上で読影調査や試行調査等の調査結果について確認が必要となった際には、参加者本人、環境省、各自治体及び過去請負事業者等への問合せを実施し確認すること。なお、各自治体及び過去請負事業者の連絡先は環境省が提供する。また、有所見者調査の対象者要件を満たすかどうかや、分類に際して疑義が生じた際には、環境省担当官と協議することとし、必要に応じて、参加希望者又は参加者の胸部エックス線検査画像又は胸部CT検査画像について、読影を実施する必要がある（胸部エックス線検査画像10人、胸部CT検査画像10人を想定）。なお、胸部エックス線検査画像は1名の画像につき読影医（石綿関連疾患について十分な知識を持った医師に依頼）2名で読影を行い、胸部CT検査画像は1名の画像につき、読影医1名で読影を実施する。読影に協力した医師に対しては謝礼（胸部エックス線読影対象者1名分の読影について読影医1名当たり850円、胸部CT対象者1名分の読影について読影医1名当たり4,500円）を支給する。その読影の結果、要精密検査と判定された場合は「3.2.1(6)(エ)検査結果の通知等」に倣い結果を通知する。

(4) 石綿ばく露の把握

調査票（別添3）を用いて、有所見者調査参加者の石綿ばく露の把握を行う。ただし、読影調査において、石綿ばく露の把握を行っていることが確認できた者については、石綿ばく露の把握を省略する。

(5) 医療機関との調整、受診券の交付

参加者が検査を受けられるよう、受診券を交付する。なお、（3）において分類した集団により検査内容が異なるため、受診券（A4版2枚程度）は2種類用意

すること。

検査を行う医療機関（40 カ所程度を想定）については、石綿関連疾患に関する検査を適切に行える機関であって、参加者の居住地を勘案して下記①～③の中から、決定することとする。なお、医療機関との調整（WEB 会議等では無く 20 カ所程度現地にて調整すること）や契約締結については、請負者が行うこと。

- ① 独立行政法人労働者健康安全機構の労災病院アスベスト疾患センター
- ② 試行調査及び読影調査において委託先の各自治体が指定した医療機関
- ③ ①及び②以外で、環境省が適切と判断した医療機関

（6）検査等の実施

（ア）胸部エックス線検査

「石綿のばく露が推定される集団」に分類された参加者に対し、次年度の既存検診等の実施時期について考慮した上で、参加者が受診した最新の胸部エックス線検査又は胸部CT検査の半年後を目安に実施する（10 人程度を想定）。

胸部エックス線検査は正面像に加え、側面像について撮影することとし、検査は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

（厚生労働省健康局長通知）の別紙「がん検診等実施上の留意事項」1 肺がん検診（2）胸部エックス線検査に用いる適格な写真を参考に実施すること。（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000111662.pdf>）また、読影調査又は有所見者調査に複数年継続して参加する者の読影に当たっては、参加者の胸部エックス線検査画像又は胸部CT検査画像の過去画像を参照し、比較読影を実施するよう努める。

（イ）胸部CT検査

胸部CT検査の対象者は、「本調査の胸部CT検査の受診歴のない参加者」については、胸部エックス線検査で石綿関連所見がある者とし、「本調査の胸部CT検査の受診歴がある参加者」については、胸部エックス線検査で石綿関連所見があり、かつ、その所見に変化が見られた者とする。対象者に対し、次年度の既存検診等の実施時期について考慮した上で、参加者が受診した最新の胸部エックス線検査の半年後を目安に、胸部CT検査を実施する（10 人程度を想定）。

胸部CT検査はマルチスライスCTを使用し、被ばく放射線量の低減に努めた方法で行うこと。また、撮影条件については、日本CT検診学会の肺がん検診CTガイドラインにある「肺癌検診用 MDCT (multidetector-row CT) 撮影マニュアル【日本文】」を参考に実施すること。

ただし、検診や読影調査（精密検査含む。）等において令和8年度内に胸

部CT検査を受診した者については、直近の胸部CT画像の取り寄せることをもって検査の実施に代えることとする。

(ウ) 読影

「3. 2. 1 (6) (ア) 胸部エックス線検査」の読影については、読影チェックシート（胸部エックス線画像用）（別添4）を、「3. 2. 1 (6) (イ) 胸部CT検査」の読影については、読影チェックシート（胸部CT画像用）（別添5）を用いて、検査を行う医療機関において、画像所見等の有無の確認及び（更なる）精密検査の要否について判定を行う。なお、胸部エックス線検査画像は1名の画像につき読影医（石綿関連疾患について十分な知識を持った医師に依頼）2名で読影を行い、胸部CT検査画像は1名の画像につき、読影医1名で読影を実施する。読影に協力した医師に対しては謝礼（胸部エックス線読影対象者1名分の読影について読影医1名当たり850円、胸部CT対象者1名分の読影について読影医1名当たり4,500円）を支給する。なお、読影を行う際は、可能な限り撮影日から間を空けずに実施するよう努める。

また、「3. 2. 1 (6) (ア) 胸部エックス線検査」及び「(イ) 胸部CT検査」の読影においては、読影調査等で取得した胸部エックス線検査画像との比較読影を行うこととする。

(エ) 検査結果の通知等

検査結果（所見の有無や（更なる）精密検査の要否等をいう。）について、参加者に結果通知書（A4版3枚程度）により通知し、「要精密検査」と判定された者に対しては、医療機関を受診するよう勧奨する。ただし、別紙1「（更なる）精密検査にかかる費用負担について」に記載されている対象者や項目以外で（更なる）精密検査が必要となった場合、その費用については、調査参加者の負担になる旨、事前に十分説明しておくこと。また、調査参加者からは、「3. 2. 1 (2) 申請の受付、問合せ対応」の同意書に医療機関から請負者が検査結果の提供を受けることを記載し、事前に同意を得ておくこと。

(オ) （更なる）精密検査

「3. 2. 1 (6) (ア) 胸部エックス線検査」又は「3. 2. 1 (6) (イ) 胸部CT検査」等において「要精密検査（石綿関連疾患疑い）」又は「要精密検査（呼吸器疾患疑い）」と判定された者が、（更なる）精密検査を受診した場合は、医療機関からその診断結果を取り寄せる。その際、（更なる）精密検査として胸部CT検査を実施した場合は、胸部CT検査画像についても取り寄せる。

また、（更なる）精密検査を含む検査の結果、石綿関連疾患（疑い含む）と診断された者に対しては、必要に応じて石綿健康被害救済制度や労災保険制度等について案内を行う。

なお、（更なる）精密検査の診断結果の取り寄せを行った場合は、別紙1「（更なる）精密検査にかかる費用負担について」に掲げる費用について負担することとする。

3. 2. 2 有所見者調査の結果取りまとめ及び検討等

（1）有所見者調査の結果についての読影調査参加自治体への情報提供

3. 2. 1（6）検査等の実施」終了後に読影調査の参加自治体に対し、当該自治体在住の参加者の有所見者調査の結果について情報提供を行う。提供する情報の内容や様式については、環境省担当官と協議し決定すること。

（2）有所見者調査結果の取りまとめ及び分析

有所見者調査等から得られた結果を分析し、石綿関連所見の存在等から、一定の石綿ばく露を受けた可能性が高いとみられる集団の健康管理の在り方について検討するための知見を収集するとともに、当該分析・検討の結果を取りまとめて3. 3で定める検討会に向けて資料を作成するものとする。なお、当該資料の内容や様式については、環境省担当官と協議し決定すること。

3. 3 検討会

読影調査及び有所見者調査の実施に係る検討に資するため環境省が別途開催する有識者5名程度（関東1名・近畿2名・中国1名・九州1名を想定）からなる検討会（2回程度、WEB形式で2時間程度を想定）の開催に当たり、内容等について提案する。なお、有識者5名程度の選定は、環境省環境保健部長が行う。

加えて、検討会の出席者への謝金の支払い、会議資料及び会議シナリオの作成議事録の作成、委員及び環境省担当者の日程調整、傍聴受付、傍聴者への中継配信等の庶務を行うものとする。なお、謝金は1名1日当たり18,000円を支給するものとする。

4. 業務履行期限

令和9年3月31日（水）まで

5. 成果物

紙媒体：報告書20部（A4版、60頁程度、製本すること）

電子媒体：報告書の電子データを収納した電子媒体（DVD-R）1セット

なお、報告書等及びその電子データの仕様及び記載事項は、別紙2によること。

提出場所：環境省大臣官房環境保健部企画課石綿健康被害対策室

6. 著作権等の扱い

- (1) 成果物に関する著作権、著作隣接権、商標権、商品化権、意匠権及び所有権（以下「著作権等」という。）は、納品の完了をもって請負者から環境省に譲渡されたものとする。
- (2) 請負者は、自ら制作・作成した著作物に対し、いかなる場合も著作者人格権を行使しないものとする。
- (3) 成果物の中に請負者が権利を有する著作物等（以下「既存著作物」という。）が含まれている場合、その著作権は請負者に留保されるが、可能な限り、環境省が第三者に二次利用することを許諾することを含めて、無償で既存著作物の利用を許諾する。
- (4) 成果物の中に第三者の著作物が含まれている場合、その著作権は第三者に留保されるが、請負者は可能な限り、環境省が第三者に二次利用することを許諾することを含めて、第三者から利用許諾を取得する。
- (5) 成果物納品の際には、第三者が二次利用できる箇所とできない箇所の区別がつくよう留意するものとする。
- (6) 納入される成果物に既存著作物等が含まれる場合には、請負者が当該既存著作物の使用に必要な費用の負担及び使用許諾契約等に係る一切の手続を行うものとする。

7. 情報セキュリティの確保

請負者は、下記の点に留意して、情報セキュリティを確保するものとする。

- (1) 請負者は、請負業務の開始時に、請負業務に係る情報セキュリティ対策とその実施方法及び管理体制について環境省担当官に書面で提出すること。
- (2) 請負者は、環境省担当官から要機密情報を提供された場合には、当該情報の機密性の格付けに応じて適切に取り扱うための措置を講ずること。
また、請負業務において請負者が作成する情報については、環境省担当官からの指示に応じて適切に取り扱うこと。
- (3) 請負者は、環境省情報セキュリティポリシーに準拠した情報セキュリティ対策の履行が不十分と見なされるとき又は請負者において請負業務に係る情報セキュリティ事故が発生したときは、必要に応じて環境省担当官の行う情報セキュリティ対策に関する監査を受け入れること。
- (4) 請負者は、環境省担当官から提供された要機密情報が業務終了等により不要になった場合には、確実に返却し又は廃棄すること。
また、請負業務において請負者が作成した情報についても、環境省担当官からの指示に応じて適切に廃棄すること。
- (5) 請負者は、請負業務の終了時に、本業務で実施した情報セキュリティ対策を報告すること。

（参考）環境省情報セキュリティポリシー

<https://www.env.go.jp/other/gyosei-johoka/sec-policy/full.pdf>

8. その他

- (1) 請負者は、本仕様書に疑義が生じたとき、本仕様書により難い事由が生じたとき、あるいは本仕様書に記載のない細部については、環境省担当官と速やかに協議しその指示に従うこと。
- (2) 本仕様書に記載の業務の実施内容（人数・回数の増減を含む。）に変更が生じたときは、変更契約を行うものとする。
- (3) ウェブコンテンツ作成に当たっては、『みんなの公共サイト運用ガイドライン（2024年版）』（総務省）及び「ウェブ・コンテンツ・アクセシビリティ・ガイドライン（WCAG）2.0」の内容を元に策定されたJIS X 8341-3:2016に基づくこと。また、デザインレイアウトにおいては「Webサイト等による行政情報の提供・利用促進に関するガイドライン（平成31年4月18日）」及び『Webサイトガイドブック（平成31年4月18日）』に基づくこと。また、サイト運営にあたっては「Webサイト等の整備及び廃止に係るドメイン管理ガイドライン（平成30年3月30日）」に基づいたドメイン使用を前提とし、ウェブコンテンツを作成すること。

上記各ガイドライン等は以下のURLにおいて公開している。

（参考）「みんなの公共サイト運用ガイドライン（2024年版）」

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/b_free/guideline.html

（参考）「ウェブ・コンテンツ・アクセシビリティ・ガイドライン（WCAG）2.0」

※JIS X 8341-3:2016と内容はおおむね一致しているが、日本語特有の扱い等JIS規格のみの記載もある点に留意すること。

<https://waic.jp/docs/wcag2/>

（参考）「Webサイト等による行政情報の提供・利用促進に関するガイドライン」及び『Webサイトガイドブック』及び「Webサイト等の整備及び廃止に係るドメイン管理ガイドライン」

<https://cio.go.jp/guides>

さらにJavaScript(ECMAScript)を用いる場合には、以下の点に留意すること。

- 第三者製ライブラリの利用に当たってはライセンスを事前に確認の上、著作権等の権利侵害を起こさないようにすること
- ライブラリのバージョンは可能な限り最新のものを用いることとし、セキュリティ上の脆弱性の報告されているライブラリについては対策の施されているバージョンに更新すること
- 独立行政法人情報処理推進機構(IPA)の発行する『安全なウェブサイトの作り方』(<https://www.ipa.go.jp/security/vuln/websecurity.html>)等を参考に、既知の種類の脆弱性(クロスサイト・スクリプティングやクッキーからの意図しない情報漏洩等)に対する対策を講ずること。また運用時も対策漏れの有無を定期的に確認し、漏れのあった場合は対処を行うこと

(4) 会議運営を含む業務

会議運営を含む業務にあっては、契約締結時においての国等による環境物品等の調達の推進等に関する法律（平成 12 年法律第 100 号）第 6 条第 1 項の規定に基づき定められた環境物品等の調達の推進に関する基本方針（以下「基本方針」という）の「会議運営」の判断の基準を満たすこと。

基本方針：<https://www.env.go.jp/policy/hozen/green/g-law/net/kihonhoushin.html>

(5) 本業務を行うに当たって、参加希望者は、必要に応じて「石綿読影の精度確保等調査事業」等に係る資料を、所定の手続きを経て環境省内で閲覧することを可能とする。

資料閲覧を希望する者は、以下の連絡先に予め連絡の上、訪問日時及び閲覧希望資料を調整すること。

ただし、コピーや写真撮影等の行為は禁止する。また、閲覧を希望する資料であっても、「石綿読影の精度確保等調査事業」等における情報セキュリティ保護等の観点から、掲示できない場合がある。

連絡先：環境省大臣官房環境保健部企画課石綿健康被害対策室

（TEL:03-5521-6558）

(6) 本業務に関する過年度の報告書は、環境省図書館において閲覧可能である。

(7) 本業務に関する過年度の報告書は、下記ホームページにおいて閲覧可能である。

https://www.env.go.jp/air/asbestos/commi_hefc/index.html

(更なる) 精密検査にかかる費用負担について

有所見者調査の胸部エックス線検査において、要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）と判定された者及び、有所見者調査の胸部C T検査において、更なる精密検査が必要とされた者が、(更なる) 精密検査（保険診療による検査）を受診し、その診断結果を提供した場合に限り、下記に係る項目を、本調査の対象経費として負担する。

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

(1) 初・再診料

- ア. 初診料【A000 注1～4、注5及び注10～16】
- イ. 再診料【A001 注1～3、及び注15～20】
- ウ. 外来診療料【A002 注1～5、注10及び注11】

(2) 医学管理等

- ア. 診療情報提供(1)【B009 注2】

(3) 画像診断

- ア. コンピューター断層撮影（C T撮影）【E200】

① 64列以上のマルチスライス型の機器による場合

- 1) 共同利用施設において行われる場合
- 2) その他の場合

② 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合

③ 4列以上16列未満マルチスライス型の機器による場合

④ ①、②又は③以外の場合

- イ. コンピューター断層診断【E203】

- ウ. 画像診断管理加算1【画像診断 通則4】

- エ. 画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3又は画像診断管理加算4【画像診断 通則5】

- オ. 電子画像管理加算【コンピューター断層撮影診断料 通則3】

(4) その他

- ア. 外来・在宅ベースアップ評価料(I)(II)【0100 注、1 注、2】【O101】

2. その他

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

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

1. 報告書等の仕様及び記載事項

報告書等の仕様は、契約締結時においての国等による環境物品等の調達の推進等に関する法律（平成12年法律第100号）第6条第1項の規定に基づき定められた環境物品等の調達の推進に関する基本方針の「印刷」の判断の基準を満たすこと。ただし、判断の基準を満たす印刷用紙の調達が困難な場合には、環境省担当官と協議し、了解を得た場合に限り、代替品の納入を認める。

なお、「資材確認票」及び「オフセット印刷又はデジタル印刷の工程における環境配慮チェックリスト」を提出するとともに、印刷物にリサイクル適性を表示する必要がある場合は、以下の表示例を参考に、裏表紙等に表示すること。

リサイクル適性の表示：印刷用の紙にリサイクルできます

この印刷物は、グリーン購入法に基づく基本方針における「印刷」に係る判断の基準にしたがい、印刷用の紙へのリサイクルに適した材料〔Aランク〕のみを用いて作製しています。

なお、リサイクル適性が上記と異なる場合は環境省担当官と協議の上、基本方針（<https://www.env.go.jp/policy/hozen/green/g-law/net/kihonhoushin.html>）を参考に適切な表示を行うこと。

2. 電子データの仕様

電子データの仕様については下記によるものとする。ただし、仕様書において、下記とは異なる仕様によるものとしている場合や、環境省担当官との協議により、下記とは異なる仕様で納品することとなった場合は、この限りでない。

- (1) Microsoft社Windows11上で表示可能なものとする。
- (2) 使用するアプリケーションソフトについては、以下のとおりとする。
 - ・文章；Microsoft社Word（ファイル形式は「Office2010（バージョン14）」以降で作成したもの）
 - ・計算表；表計算ソフトMicrosoft社Excel（ファイル形式は「Office2010（バージョン14）」以降で作成したもの）
 - ・プレゼンテーション資料；Microsoft社PowerPoint（ファイル形式は「Office2010（バージョン14）」以降で作成したもの）
 - ・画像；PNG形式又はJPEG形式
- (3) (2)による成果物に加え、「PDFファイル形式（PDF/A-1、PDF/A-2又はPDF1.7）による成果物を作成すること。
- (4) 以上の成果物の格納媒体はDVD-Rとする。業務実施年度及び契約件名等を収納ケース及びDVD-Rに必ずラベルにより付記すること。
- (5) 文字ポイント等、統一的な事項に関しては環境省担当官の指示に従うこと。

3. 成果物の二次利用

(1) 納品する成果物（研究・調査等の報告書）は、オープンデータ（二次利用可能な状態）として公開されることを前提とし、環境省以外の第三者の知的財産権が関与する内容を成果物に盛り込む場合は、①事前に当該権利保有者の了承を得、②報告書内に出典を明記し、③当該権利保有者に二次利用の了承を得ること。

第三者の知的財産権が関与する内容の一部または全部について、二次利用の了承を得ることが困難な場合等は、当該箇所や当該権利保有者等の情報を、以下の URL からダウンロード出来る様式に必要事項を記入し提出すること。

(2) 環境省が保有するオープンデータの情報を政府が運用するオープンデータのポータルサイト「データカタログサイト e-Gov データポータル (<https://data.e-gov.go.jp/>)」に掲載及び更新情報を反映させるためのデータに関する説明（メタデータ）について、成果物と併せて以下の URL からダウンロード出来る様式に必要事項を記入し提出すること。

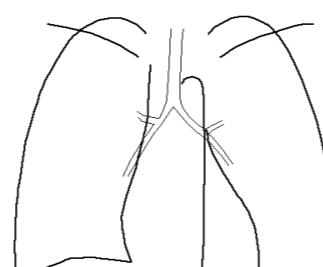
<https://www.env.go.jp/kanbo/koho/opendata.html>

4. その他

成果物納入後に請負者側の責めによる不備が発見された場合には、請負者は無償で速やかに必要な措置を講ずること。

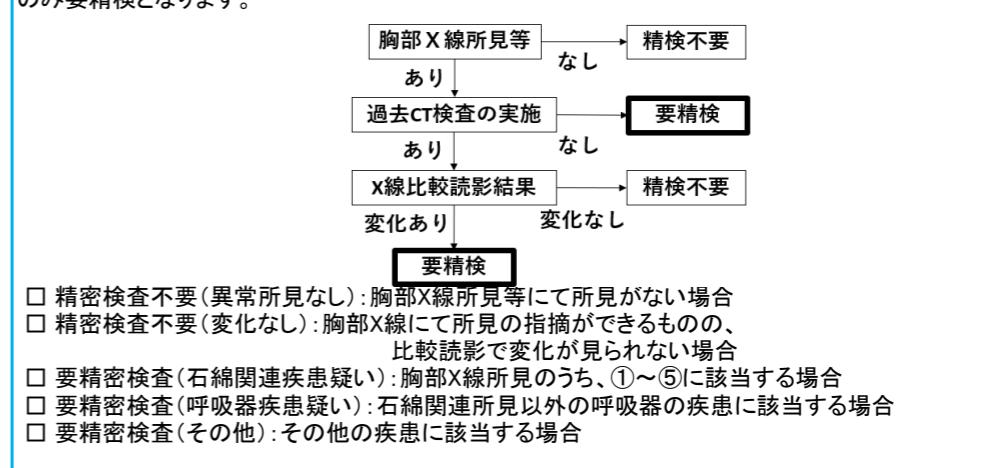
(別添1)

令和8年度 石綿読影の精度確保に係る調査 2次読影チェックシート

		ID																																																																			
参加者 氏名等	フリガナ (男・女) 生年月日 年 月 日(歳)																																																																				
	本調査への過去参加歴 <input type="checkbox"/> 有 →胸部CT検査の実施(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無																																																																				
読影画像	胸部X線 (撮影日 年 月 日)																																																																				
胸部X線 所見等	<p>石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th></th> <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</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>※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> </tbody> </table> <p>※注1 頭尾方向(水平方向の広がりでない。)に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする ※注2 じん肺法(昭和35年法律第30号)第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)をいう</p> 							右			左				有	無	評価不能	有	無	評価不能	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②胸膜プラーク	<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1	<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"/>	⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注2	<input type="checkbox"/>																								
		右			左																																																																
		有	無	評価不能	有	無	評価不能																																																														
	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
	②胸膜プラーク	<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1	<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2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<p>その他の所見</p> <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>							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"/>																																																																	
比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像を参照 ↳ 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画像を参照 <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない																																																																				
読影時の 参考資料	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																				
石綿読影 による判定	<input type="checkbox"/> 精密検査不要(異常所見なし) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(石綿関連疾患疑い) <input type="checkbox"/> 精密検査不要(変化なし) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(呼吸器疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(その他:) ()																																																																				
	追記事項																																																																				
記入日																																																																					

<石綿読影による判定の解説>

以下の図を参考に精密検査の要否にチェックを入れてください。
 過去に本調査で精密検査(胸部CT検査)を受けた方は、胸部X線検査で所見変化が見られた場合のみ要精検となります。



(別添2)

令和8年度 石綿読影の精度に係る調査 読影チェックシート(胸部CT画像用)

		ID																																																																																																																																																																																														
参加者 氏名等	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日(歳)																																																																																																																																																																																												
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)																																																																																																																																																																																															
胸部CT 所見等	<p>石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク</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</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・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)</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> ・胸膜下曲線状陰影</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> ・小葉中心性粒状影</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>⑥円形無気肺</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>⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</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>⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大</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>⑨その他の所見</td> <td colspan="5"> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5"> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <div style="text-align: center;"> </div> </td> </tr> <tr> <td rowspan="3">比較読影 の実施有無</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) <p style="margin-left: 20px;">↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり)</p> <p>追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください)</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他 </td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">石綿読影による 判定</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 石綿関連所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連所見あり □ 経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査) <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </p> <p>*要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について記入してください</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 石綿関連所見以外の特記すべき所見 () </td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>記入日</td> <td></td> <td>読影医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>読影実施機関名</td> <td colspan="5"></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"/>	②胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		③びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	④肺野・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	⑨その他の所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <div style="text-align: center;"> </div>					比較読影 の実施有無	<input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) <p style="margin-left: 20px;">↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり)</p> <p>追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください)</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p>					<input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他										石綿読影による 判定	<input type="checkbox"/> 石綿関連所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連所見あり □ 経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査) <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </p> <p>*要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について記入してください</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p>					<input type="checkbox"/> 石綿関連所見以外の特記すべき所見 ()										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	<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	<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・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																									
	⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																									
・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																											
・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																											
⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																										
⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																										
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																										
⑨その他の所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
	右		左																																																																																																																																																																																													
	有	無	有	無																																																																																																																																																																																												
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
	<p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <div style="text-align: center;"> </div>																																																																																																																																																																																															
比較読影 の実施有無	<input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) <p style="margin-left: 20px;">↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり)</p> <p>追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください)</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p>																																																																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他																																																																																																																																																																																															
石綿読影による 判定	<input type="checkbox"/> 石綿関連所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連所見あり □ 経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査) <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </p> <p>*要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について記入してください</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p>																																																																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 石綿関連所見以外の特記すべき所見 ()																																																																																																																																																																																															
記入日		読影医師氏名																																																																																																																																																																																														
読影実施機関名																																																																																																																																																																																																

<判定の解説>

経過観察(胸膜プラーク所見のみの場合など)
 → 次年度も本調査の対象、胸部X線の変化等を検討。
 要医療(医療によるCTでの経過観察)
 → 次年度以降は調査対象外。医療での観察が不要になった場合には本調査の対象に戻す。

有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 調査票

※太枠のみ記入してください。

フリガナ		記入日	年 月 日		
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□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※にかかった人はいますか。 ※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚等

- 無
有
わからない

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

- 無
有

- | | |
|------------------------|----------------------|
| (1)建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ | (5)石綿紡織製品の製造、使用 |
| (2)断熱や保温のための被覆作業、その補修 | (6)ブレーキライニングなど摩擦材の製造 |
| (3)船舶、車両の製造、補修 | (7)その他石綿に関する作業 |
| (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.住居、職場に関連して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。

※その他、石綿のばく露の機会について心当たりがあれば記入してください。

--

令和8年度有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査
読影チェックシート(胸部エックス線画像用)

		ID												
参加者 氏名等	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日()	歳)							
読影画像	胸部X線 (撮影日 年 月 日)													
胸部X線 所見等	石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。 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。													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">右</td> <td style="width: 15%;">左</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;">評価不能</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;">評価不能</td> </tr> </table>						右	左	有	無	評価不能	有	無	評価不能
	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胸膜ブラーク※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"/>								
※注1 胸部正面X線写真により 胸膜ブラークと判断できる明らかな陰影 とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合をいう。 (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。 (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。 ※注2 頭尾方向(水平方向の広がりでない。)に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする。 ※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。														
その他の所見 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">右</td> <td style="width: 15%;">左</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> </tr> </table>								右	左	有	無	有	無	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
c) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
d) 石灰化(胸膜ブラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
上記に該当しないものは()内にご記載ください。 []]														
比較読影の実施有無	<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"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他													
読影時の参考資料	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> その他 ()													
石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(石綿関連疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密検査(呼吸器疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密検査(その他:) 追記事項													
記入日		読影医師氏名												
読影実施機関名														

<判定の解説>

要精密検査(石綿関連疾患疑い)

→ 胸部X線所見①～⑤に該当する場合、チェックをして精密検査とする

要精密検査(呼吸器疾患疑い)

要精密検査(その他)

→ 石綿関連所見以外の呼吸器の疾患に該当する場合又はその他の疾患に該当する場合にチェックをする

*少しでも石綿関連疾患の疑いがあれば該当する①～⑤にチェックを付けて石綿関連疾患の精密検査とする

令和8年度有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査
読影チェックシート(胸部CT画像用)

		ID																																																																																																																																																																																		
参加者 氏名等	フリガナ 氏名	(男・女)		生年月日	年	月	日(歳)																																																																																																																																																																													
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)																																																																																																																																																																																			
胸部CT 所見等	<p style="text-align: center;">石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> <th rowspan="2"></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</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</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・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(石綿肺の可能性)</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> ・胸膜下曲線状陰影</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> ・小葉中心性粒状影</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>⑥円形無気肺</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>⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</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>⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大</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="8"> <p>⑨その他の所見</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <p style="text-align: center;">〔 〕</p> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">比較読影の 実施有無</td> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり) 追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) () <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他 </td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)  * 要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について記入してください <p style="text-align: center;">〔 〕</p> <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外の特記すべき所見 () </td> </tr> <tr> <td>記入日</td> <td colspan="3"></td> <td>読影医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>読影実施機関名</td> <td colspan="7"></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"/>	②胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		③びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	<p>⑨その他の所見</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <p style="text-align: center;">〔 〕</p>									右		左			有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり) 追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) () <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他							<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)  * 要医療にチェックされた場合は、 病変部位 や必要な対応について記入してください <p style="text-align: center;">〔 〕</p> <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外の特記すべき所見 ()							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	<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	<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・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(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																													
・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																														
⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																														
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																														
<p>⑨その他の所見</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。</p> <p style="text-align: center;">〔 〕</p>									右		左			有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
	右		左																																																																																																																																																																																	
	有	無	有	無																																																																																																																																																																																
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり) 追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) () <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他																																																																																																																																																																																			
	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)  * 要医療にチェックされた場合は、 病変部位 や必要な対応について記入してください <p style="text-align: center;">〔 〕</p> <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外の特記すべき所見 ()																																																																																																																																																																																			
記入日				読影医師氏名																																																																																																																																																																																
読影実施機関名																																																																																																																																																																																				

<判定の解説>

要経過観察 → 次年度も本調査の対象とし胸部X線の変化を慎重に検討

要医療(医療によるCTでの経過観察) → 次年度以降は調査対象外になるが、
医療での観察が不要になった場合には本調査の対象に戻す