

基勞補発第0606001号
平成18年6月6日
改正 基勞補発0701第3号
平成22年7月1日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領について

石綿による疾病については、平成17年12月16日付け基勞補発第1216001号「石綿による疾病の業務起因性判断のための調査実施要領の改正について」において調査実施要領を示しているところであるが、平成18年2月9日付け基發第0209001号により石綿による疾病の認定基準が改正されたことから、今般、別添のとおり調査実施要領を改めたので、今後、石綿による疾病に係る労災請求事案については、本調査実施要領に基づき、的確な調査の実施に努められたい。

なお、本通達の施行をもって、基勞補発第1216001号は廃止する。

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領

本調査実施要領は、石綿による疾病のうち、肺がん、中皮腫、良性石綿胸水及びびまん性胸膜肥厚に係る労災請求事案について、別添の調査票を使用することにより、業務上外の認定を迅速・適正に行うことを目的として作成したものである。

調査票は、「Ⅰ 基本情報」、「Ⅱ 医学的情報」、「Ⅲ 作業歴情報」、「Ⅳ 診断（意見書）」、「Ⅴ 石綿ばく露歴聴取票」から構成されており、このうち、「Ⅱ 医学的情報」、「Ⅳ 診断（意見書）」については、各疾病ごとに別様式としている。また、調査票は、その記入欄を最小限とし、必須項目には調査すべき資料を示すとともに、調査した事項をチェックする方式としているが、その記入に当たっては、確認できる範囲で足りるものとする。

なお、石綿による疾病の認定基準には、上記の4疾病のほか、石綿肺（石綿肺合併症を含む。）が掲げられているが、当該疾病については、本調査実施要領によることなく、じん肺法の定めるところにより従前の方法によって処理するものである。

調査票ごとの留意事項は、以下のとおりである。

1 「Ⅰ 基本情報」について

労働保険番号、事業の名称等の事業場情報については、石綿ばく露作業に係る保険関係上の最終事業場の情報を記入すること。

2 「Ⅱ 医学的情報」について

(1) 医証等の保存年限

石綿による疾病であることを判断する際に収集する主な医学的資料とそれぞれの保存年限は、次のとおりである（別添「石綿関連疾患の関係書類に係る保存年限」参照。）。

- ① 死亡診断書（死亡時に遺族に交付。死亡届に添付の死亡診断書は所轄法務局で27年間保存。）（戸籍法施行規則第49条）
- ② 診療録5年（医師法第24条）
- ③ 肺機能等の検査記録3年（保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条）
- ④ 病理解剖記録、病理組織検査記録3年（同上）
- ⑤ エックス線、CT等の検査記録3年（同上）
- ⑥ じん肺管理区分決定関係綴30年（労働局保存）
- ⑦ 健康管理手帳交付簿・健康管理手帳台帳30年（労働局保存）

医療機関等に保存される資料の法的保存義務は上記のとおりであるが、診療録等については、10年程度保存している医療機関（大学病院等研究機関におい

てはそれ以上の期間)も多く、また、病理組織検査記録については、日本病理学会で永年保存とする旨の独自の指針を定めているので、医学的資料の収集に当たって留意すること。

- (2) 各疾病について、診断名及びその診断根拠を明らかにするとともに、業務起因性の判断のために必要となる医学的事項を確認するため、IV-1～4に主治医等に対する照会事項を記載した「診断(意見)書」の様式を示したので、主治医等に対して照会する際には当該様式を依頼文に添付すること。

(3) 疾病別の留意事項

ア 肺がん

- (ア) 肺がんについては、主治医等の意見書により、原発性肺がんであるか否かについて確認を行うこと。

- (イ) 石綿ばく露に関する医学的情報に係る資料としては、石綿肺又は胸膜プラークの所見を示す胸部エックス線写真、CT画像、胸腔鏡検査結果、手術記録、剖検記録がある。石綿小体又は石綿繊維は、石綿肺所見及び胸膜プラークのいずれもが認められない場合において、石綿ばく露を推定し得る重要な指標であるが、身体への侵襲的方法によってしか得られない情報であるので、気管支肺胞洗浄液検査、手術(摘出術)、剖検が実施されている場合に、石綿小体又は石綿繊維の計測が行われていたか否かを確認し、それが行われていた場合にその記録を求めるものであること。

したがって、石綿にばく露したことを示す医学的所見を確認するための調査においては、一般的には、①「第1型以上の石綿肺」、②「胸膜プラーク」、③「石綿小体・石綿繊維」の順に、その有無を確認するものであり、①が確認できる場合は②及び③の調査を、②が確認できる場合は③の調査を、それぞれ行う必要はないこと。

- (ウ) 石綿肺及び胸膜プラークの存在が確認できず、石綿小体又は石綿繊維の計測も行われていない場合であって、手術(摘出術)又は剖検により肺組織のパラフィンブロックが保存されているときは、当該パラフィンブロック中の石綿小体又は石綿繊維の有無及びその数について確認すること。

なお、石綿小体については、中央労働災害防止協会のほか、労災病院に設置されたアスベスト疾患センターのうち7か所のブロックセンターで計測が可能であるが、石綿繊維については、計測が実施可能な機関が限られていることから、計測の必要性が生じた場合には、本省に照会すること。

イ 中皮腫

- (ア) 中皮腫については、病理組織学的検査に基づく確定診断(がんの組織型の確定及び他疾患との鑑別等)が行われていることが原則であるので、病理組織検査記録及び他疾患との鑑別根拠に係る医証を求めること。

病理組織学的検査が行われていない場合には、胸部エックス線写真、CT画像のほか、①臨床所見、②臨床経過、③臨床検査結果（体腔液診断、細胞診、ヒアルロン酸値、血清CRP値等）、④他疾患との鑑別根拠等の医証を求めること。

- (イ) 石綿ばく露作業歴が1年未満である胸膜、腹膜、心膜若しくは精巣鞘膜の中皮腫又は胸膜、腹膜、心膜及び精巣鞘膜以外の部位の中皮腫については、病理組織学的検査結果、上記①～④等の医証を添えて、本省に協議すること。

ウ 良性石綿胸水

胸水は石綿以外にも様々な原因で発症するため、良性石綿胸水の診断には、除外診断により石綿以外の原因が否定されていることが必要であるが、その確定診断は困難なことが多く、また、報告例も少ないこと、個々の障害の程度も様々であることから、石綿ばく露作業の内容及び従事歴に係る調査結果に加え、胸部エックス線写真、CT画像のほか、①臨床所見、②臨床経過、③臨床検査結果、④他疾患との鑑別根拠等の医証を添えて、本省に協議すること。

エ びまん性胸膜肥厚

- (ア) びまん性胸膜肥厚は石綿以外にも様々な原因や原因不明で発症する疾患であり、石綿以外の原因が否定されていることが必要であることから、胸部エックス線写真、CT画像のほか、①臨床所見、②臨床経過、③臨床検査結果、④他疾患との鑑別根拠等の医証を求めること。
- (イ) 石綿肺、胸膜プラーク、石綿小体・石綿繊維の有無が石綿との関連性を推定する上で参考となることから、これらの有無について確認すること。
- (ウ) 肥厚の厚さ、広がりについては、直近の胸部エックス線写真により、その程度を確認すること。
- (エ) 呼吸機能障害は、スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した検査の最良の検査結果により、動脈血ガス測定検査については、直近の検査結果により、その程度を確認すること。

3 「Ⅲ 作業歴情報」について

- (1) 事業場名の欄には、被災労働者の過去の職歴について、作業現場ではなく、原則として被災労働者が雇用されていた企業ごとに通算して記載すること。
- (2) 石綿ばく露作業に関する調査は次によること。

ア 被災労働者の雇用の事実に係る確認

請求書に事業主証明が行われていない場合には、請求人が申し立てる石綿

ばく露作業に係る事業場に被災労働者が雇用されていた事実について、事業主や同僚労働者の証言のほか、社会保険等の被保険者記録により確認すること。

イ 石綿ばく露作業の有無及び従事期間に係る確認

(ア) 事業場が廃止されている場合

事業場廃止から相当期間が経過していることなどから、事業主や同僚労働者の証言等により被災労働者の石綿ばく露状況を確認することが困難な場合は、平成17年7月27日付け基労補発第0727001号「石綿による疾病に係る事務処理の迅速化等について」（以下「迅速化通達」という。）の記の1の(3)に基づき、請求人の申し立てる作業内容と社会保険の被保険者記録等の照合を行うことにより、石綿ばく露作業の有無及び石綿ばく露作業従事期間について判断すること。

なお、当該事業場で石綿ばく露作業が行われていた事実を推定するための情報としては、上記社会保険の被保険者記録のほか、事業場の事業内容が記載された登記簿（当該事業場の登記閉鎖後20年間管轄法務局において保存されている。）があるので、留意すること。

(イ) 事業場が現存している場合

a 被災労働者を石綿ばく露作業に従事させたことを事業主が認めている場合

当該事業場で被災労働者が石綿ばく露作業に従事した旨認定した上で、請求人の申立、事業主や同僚労働者の証言等に基づき、石綿ばく露作業従事期間について判断すること。

b 被災労働者を石綿ばく露作業に従事させたことを事業主が否定している場合や、従事した事実が確認できないため不明としている場合

当該事業場の事業内容や同僚労働者の証言と、請求人の申し立てる被災労働者の作業内容を照合し、石綿ばく露作業が推定できるときは、当該事業場で被災労働者が石綿ばく露作業に従事した旨認定した上で、請求人の申立てや同僚労働者の証言、社会保険の被保険者記録等に基づき、石綿ばく露作業従事期間について判断すること。

(ロ) 被災労働者が複数の事業場で石綿ばく露作業に従事している場合

請求人が申し立てる石綿ばく露に係る事業場のうち最終のものからさかのぼって、上記(ア)又は(イ)の調査を行うこと。

なお、上記により把握を行った石綿ばく露作業従事期間が認定基準に定めた従事期間を満たす場合には、さらに過去の事業場にさかのぼって、石綿ばく露作業に係る詳細な調査を行う必要はないこと。

(3) 上記(2)のばく露作業に係る調査に当たっては、「V 石綿ばく露歴聴取票」

を活用しつつ聴取調査等を行うことにより、被災労働者の石綿ばく露歴の具体的内容について、可能な限り詳細に把握すること。

- (4) 上記(2)のイの(ア)をはじめ、迅速化通達の記の1の(3)に基づき石綿ばく露作業の有無等について判断した場合には、調査票の備考欄にその旨を記載すること。
- (5) 調査の過程において、同僚労働者等に石綿による疾病を発症し労災認定を受けた者がいることを把握した場合には、該当欄にその旨を記載すること。
- (6) 被災労働者の石綿ばく露状況の把握に当たっては、石綿を取り扱う事業場の近隣に居住した事実など、環境ばく露の可能性についても留意すること。
- (7) 認定基準でいうところの石綿ばく露作業に係る従事期間は、継続的に石綿ばく露作業に従事することを想定しており、臨時的に石綿ばく露作業に従事していた場合や、作業環境測定結果からみて、ばく露濃度が良好に抑制されていた場合など、単に従事期間の長短だけで判断すべきでないと認められる特別な事情があるときは、その旨記載するとともに、石綿ばく露作業の評価について本省に照会すること。

4 取りまとめ

医学的情報及び作業歴情報に係る調査結果、IVの診断（意見）書並びに労災医員、じん肺診査医等の専門医から徴した意見書の内容をIからIIIの調査票に取りまとめ、これを復命書に添付すること。

(参考資料)

石綿関連疾患の関係書類に係る保存年限

区 分	書 類 名 等	保 存 年 限 等
石綿による疾病である ことの確定診断 【病名、死亡原因】	死亡診断書	
	診療録	5年(医師法第24条)(医療機関によっては10年程度保存)
	肺機能等の検査記録	3年(保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条)(医療機関によっては10年程度保存)
	病理解剖記録、病理組織検査記録	3年(同上)(医療機関によっては10年程度保存。ただし、日本病理学会指針では永久保存)
	エックス線、CT等の検査記録	3年(同上)
	死亡届に添付の死亡診断書等の記載事項証明	死亡診断書等は所轄法務局で27年間保存(戸籍法施行規則第49条) (利害関係人は死亡届書等の記載事項証明書を請求できる(戸籍法第48条))
	じん肺管理区分決定関係綴 管理区分決定関係綴には、じん肺管理区分決定通知書写、じん肺健康診断結果証明書写(粉じん作業職歴、X線写真による検査、胸部に関する臨床検査、肺機能検査、合併症に関する検査)が含まれる。	30年(労働局保存)
石綿ばく露の医学的 所見 【石綿肺・胸膜プラーク・石綿小体(繊維)の存在】	健康管理手帳交付簿、健康管理手帳台帳	30年(労働局保存)
	肺機能等の検査記録	3年(保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条)(医療機関によっては10年程度保存)
	病理解剖記録、病理組織検査記録	3年(同上)(医療機関によっては10年程度保存。ただし、日本病理学会指針では永久保存)
	エックス線、CT等の検査記録	3年(同上)
石綿ばく露作業従事歴	石綿に係る作業記録、健康診断記録	30年(特定化学物質等障害予防規則第38条の4、第40条)
	会社の職歴証明等	
	会社の登記簿	閉鎖の場合は、本社管轄法務局の閉鎖した登記記録 20年保存(商業登記規則第34条)
	厚生年金保険等の被保険者記録	(永年)
	同僚等の証言	石綿ばく露作業従事に係る同じ作業環境、同じ時期、同じ期間の者

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査票

I 基本情報				局 署	
労働保険番号		事業の種類			
事業の名称	代表者	労働者数	人		
事業場の所在地	電話	石綿疾患労働認定状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
ふりがな被災労働者氏名	生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	請求時の状況 (死亡 年 月 日 死亡時 歳)	職 種	雇入年月日	年 月 日	
請求人氏名	被災労働者との続柄 ()	請求種別	<input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 葬祭 ()		
		請求年月日	年 月 日		
療養経過等	医療機関名	治療期間	診断名		
		年 月 日 ~ 年 月 日			
		年 月 日 ~ 年 月 日			
		年 月 日 ~ 年 月 日			
調査結果	疾患名	<input type="checkbox"/> 肺がん <small><労基則別表第1の2第7号7></small> <input type="checkbox"/> 中皮腫(胸膜・腹膜・心膜・精巣輸膜・その他< >) <small><労基則別表第1の2第7号7></small> <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 その他() <small><労基則別表第1の2第4号7> <労基則別表第1の2第4号7></small>			
	医学的所見	<input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 石綿小体・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 無			
	呼吸機能	著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	胸膜肥厚	認定要件該当性 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
	ばく露歴	従事期間 (年) 作業内容()			

II 医学的情報 [肺がん]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: _____		発症年月日: 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		発症時年齢 歳
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 細胞診 (<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) <input type="checkbox"/> 組織診 (<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検)	実施年月日: 年 月 日 実施年月日: 年 月 日
原発性の判断	<input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性 <確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()		
	労災医員等の意見 <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性 <確認資料> <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()		

2 石綿ばく露に関する医学的事項

① 石綿肺(第1型以上) ※ 有の場合は②、③の調査を必要としない。 無の場合は、②の確認をする。	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) <確認資料> <input type="checkbox"/> じん肺管理区分決定通知書 <input type="checkbox"/> 健康管理手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
② 胸膜プラーク ※ 無の場合は、③の資料の有無を確認する。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> X線・CT <input type="checkbox"/> その他()
		労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()
③ 石綿小体・石綿繊維	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[有の場合その程度]
		乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 [採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉
		気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <確認資料> <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> その他()
	分析実施機関	
潜伏期間	石綿ばく露開始から肺がん発症までの期間 年 ヵ月 ※ 10年未満又は発症時年齢30才以下の場合は、ばく露状況に注意が必要。	

注) 確認資料については、にチェックで表示等し、資料を添付すること。

II 医学的情報 [中皮腫]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: _____ 発症年月日: 年 月 日 発症時年齢 歳 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
発症部位	<input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心膜 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他()	
病理検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 細胞診 (<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 実施年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 組織診 (<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 実施年月日: 年 月 日
診断名の確認	労災医員等の意見 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()	

2 石綿ばく露に関する医学的事項

石綿肺 (第1型以上)	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺管理区分決定通知書 <input type="checkbox"/> 健康管理手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
潜伏期間	石綿ばく露開始から中皮腫発症までの期間 年 ヵ月 ※ 10年未満又は発症時年齢30才以下の場合は、ばく露状況に注意が必要。	

注) 確認資料については、にチェックで表示等し、資料を添付すること。

II 医学的情報 [良性石綿胸水]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: _____ 発症年月日: 年 月 日 発症時年齢 歳
	<確認資料> <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
胸水確認の経過	・今回の胸水出現 (<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目) ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ヶ月
	<確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
除外診断	<確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
	労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()

2 石綿ばく露に関する医学的事項

石綿肺 (第1型以上)	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) <確認資料> <input type="checkbox"/> じん肺管理区分決定通知書 <input type="checkbox"/> 健康管理手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> X線・CT <input type="checkbox"/> その他()
		労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査結果 <input type="checkbox"/> その他()
		著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書
療養の内容	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他() <確認資料> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	

(注) 確認資料については、にチェックで表示等し、資料を添付すること。

◎ 入手資料

<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
--

II 医学的情報 [びまん性胸膜肥厚]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: _____ 発症年月日: 年 月 日 発症時年齢 歳 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
鑑別診断の 実施と有無等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他() 労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()
		片側のみの場合 (広がり) (厚さ) [<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右] <input type="checkbox"/> 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 最も厚いところ mm 両側にある場合 [左] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 最も厚いところ mm [右] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> X線・CT <input type="checkbox"/> その他() 認定要件該当性に係る労災医員等の意見 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()

2 石綿ばく露に関する医学的事項

石綿肺 (第1型以上)	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺管理区分決定通知書 <input type="checkbox"/> 健康管理手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> X線・CT <input type="checkbox"/> その他() 労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()
		〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査結果 <input type="checkbox"/> その他() 著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査結果 <input type="checkbox"/> その他() 著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書
療養の内容	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他() 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	

注) 確認資料については、にチェックで表示等し、資料を添付すること。

Ⅲ 作業歴情報
3 石綿ばく露状況

	事業場名	事業概要	全在籍期間	在籍中の石綿ばく露作業従事期間	石綿ばく露の状況 (作業内容、取扱材料等)			作業環境測定実施の有無	備考	
								石綿疾患労災認定状況		
過去の履歴及び石綿ばく露作業従事歴	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	石綿ばく露期間	ばく露開始年月	年 月	通算ばく露期間 年 月 ※肺がん <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 10年未満 ※中皮腫 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 ※びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 3年未満	注) ① 労働者以外の者として石綿ばく露作業に従事していたときは、その期間を()書きし余白にその旨記入する。 ② 石綿ばく露が中断したときは、その期間とその理由等余白部に()書き記入する。 (例 <肺結核療養のため休業>、<退職>、<じん肺管理のため作業転換> 等)					
		ばく露終了年月	年 月		喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	喫煙1日平均	本	喫煙期間	年 月 ~ 年 月

注) 確認資料については、にチェックで表示等し、資料を添付すること。

診 断 (意 見) 書

労働者の氏名 ・生年月日		(年 月 日生)	傷 病 名	
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
主訴及び症状所見				
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 年 月 日実施	
	組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> 小細胞がん <input type="checkbox"/> 大細胞がん		
	原発性	<input type="checkbox"/> 肯 <input type="checkbox"/> 否	[鑑別根拠]	
胸膜プラーク に係る情報		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]	
石綿小体・ 石綿繊維 に係る情報		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 [有の場合その程度] [計測している場合] 手術肺・剖検肺 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 [採取場所] 湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 気管支肺胞洗浄液(BALF) 石綿小体 本 / ml <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 計測実施機関	
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]	
既往症・基礎疾患				
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見				
その他参考となる事項				

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

印

診 断 (意 見) 書

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)	傷 病 名	
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
主訴及び症状所見				
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 年 月 日実施	
	組 織 型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> その他()		
	画像診断	<input type="checkbox"/> [診断根拠] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		
	病理診断	<input type="checkbox"/> [診断根拠] <input type="checkbox"/> 体腔液細胞診 <input type="checkbox"/> 経皮穿刺生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡下生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 免疫組織化学的染色検査(抗体)		
	他の悪性腫瘍を否定する所見			
胸膜プラークに係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> [検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> [範囲・程度]		
石綿小体・石綿繊維に係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> [有の場合その程度] <input type="checkbox"/> [計測している場合] 手術肺・剖検肺 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 [採取場所] 湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 気管支肺胞洗浄液(BALF) 石綿小体 本 / ml <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> [所見の内容]		
既往症・基礎疾患				
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見				
その他参考となる事項				

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

印

診断 (意見) 書

[良性石棉胸水]

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)	傷 病 名	
初診年月日		年 月 日	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
主訴及び症状所見				
診断	胸水確認 の経過等	・今回の胸水の出現 (<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目) ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ヶ月 <検査の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他()		
	除外診断 の実施等	悪性腫瘍・結核性胸膜炎・リウマチ性胸膜炎等との除外診断の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [鑑別根拠の内容]		
石棉肺の所見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]		
胸膜プラーク に係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検		
		[範囲・程度]		
石棉小体・ 石棉繊維 に係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・石棉小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 ・石棉繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査		
		[有の場合その程度]		
		[計測している場合] 手術肺・剖検肺 乾燥肺重量1g当たり 石棉小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 [採取場所] 湿肺重量1g当たり 石棉小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 気管支肺胞洗浄液(BALF) 石棉小体 本 / ml <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	呼吸機能検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査) [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査) [PaO2: Torr] ・ [AaDO2: Torr]		
療養の内容	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()			
既往症・基礎疾患				
患者の石棉ばく露 歴と発症(死亡)と の因果 関係に関 する意見				
その他参考 となる事項				

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

診断 (意見) 書

[びまん性胸膜肥厚]

労働者の氏名 ・生年月日		(年 月 日生)	傷病名		
初診年月日		年 月 日	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
主訴及び症状所見					
診断	壁側胸膜との ゆ着の有無及 び範囲・程度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右側胸膜 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 [厚さ] 最も厚いところ mm	[肋横角の鈍化] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			左側胸膜 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 [厚さ] 最も厚いところ mm	[肋横角の鈍化] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<検査等の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他()					
結核性胸膜炎の後遺症、リウマチ性疾患、筋骨格・結合組織疾患、薬剤起因性胸膜疾患等との鑑別診断の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
[鑑別根拠の内容]					
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]		
胸膜プラーク に係る情報		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]		
石綿小体・ 石綿繊維 に係る情報		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 [有の場合その程度]		
[計測している場合]					
手術肺・剖検肺					
乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 [採取場所]					
湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉					
気管支肺胞洗浄液(BALF)					
石綿小体 本 / ml <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・呼吸機能検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成 年 月 日 呼吸機能検査:[%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [1秒量: %] 動脈血ガス測定検査:[PaO2 Torr] ・ [Aado2 Torr] ※1 スパイロメリー及びフローボリューム曲線の検査は最低3回以上実施した上で、最良の結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付して下さい(必須)。		
療養の必要性		<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()			
既往症・基礎疾患					
患者の石綿ばく露 歴と発症(死亡)と の因果関係に関 する意見					
その他参考 となる事項					

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料 診療録 病理検査記録 臨床検査結果 X線写真 CT画像 その他()

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所
医師氏名

番	号	
---	---	--

平成 年 月 日

病院長 殿
診療所長 殿

労働基準監督署長

診断（意見）書提出の依頼について

下記の者に係る労災保険給付に関し必要がありますので、別紙照会事項についてご回答下さるよう依頼します。

（なお、診断（意見）書に要する費用については、別添の請求書によりご請求下さい。）

記

労働者の氏名 ・ 生年月日 (年 月 日生)		傷病名	
労働者の住所			
事業場の名称		事業場の所在地	

- 12. 下水汚物・廃棄物の回収・処理・運搬
- 13. 蒸気機関車の修理、解体
- 14. ガスマスクの製造
- 15. 宝石・貴金属の細工仕事
- 16. 消防隊員
- 17. 歯科技工士
- 18. 電気業(発電所・変電所・電気事業所)

以上の仕事をした通算期間を教えてください。()年

B 被災労働者の方の家庭生活の中で、以下のようなことはありませんでしたか。(複数回答可)

- 1. 家庭で(絶縁物・暖房炉セメント・断熱材・カルミシン(天井・壁等に塗る水性塗料)・石綿製品)の修理・修繕をしたことがありますか。 <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- 2. 石綿製品を家庭で使ったことがありますか。(アイロン板のカバー・耐熱手袋等<昭和・平成 年～昭和・平成 年>)
- 3. 石綿工場の近くに住んでいたことがありますか。 <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- 造船所の近くに住んでいたことがありますか。 <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- 建材物の置場の近くに住んでいたことがありますか。 <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- ブレーキ修理工場の近くに住んでいたことがありますか。 <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- その他(造船所・石綿工場・建材物の置場・ブレーキ修理工場の近くで遊んだことがありますか。) <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- 4. 家庭内ばく露(家族が石綿作業で着用した作業着・マスク等の洗濯をしたことがありますか。)
- (1) はい <昭和・平成 年～昭和・平成 年>
- (2) いいえ

C 被災労働者の方は、喫煙をしていましたか。

- 吸っている 1日平均 本 <喫煙開始 昭和・平成 年 月 ~ >
- 過去に吸っていた 1日平均 本 <喫煙期間 昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 >
- 吸っていない