

基勞補発0920第1号

平成24年9月20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18年6月6日付け基勞補発0606001号「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」（以下「18年内かん」という。）により調査実施要領を示してきたところであるが、今般、「石綿による疾病の認定基準について」（平成24年3月29日付け基発0329第2号。以下「認定基準」という。）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、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、本通達の施行に伴い、18年内かんは廃止する。

(別添)

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、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、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、石綿肺については、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。

各調査票の留意事項は、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 じん肺管理区分の決定関係綴30年（都道府県労働局が定める文書保存期間に係る規定）
- ⑦ 健康管理手帳交付台帳30年又は常用（同上）

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から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) 被災労働者が、認定基準記の第1の2の(3)のア、イ若しくは(4)のいずれかの作業に従事し、当該作業への従事期間又はそれらを合算した従事期間が5年以上認められる場合には、以下に示す石綿ばく露に関する医学的情報は不要であること。

なお、上記(4)の作業の従事期間の算定については、その従事頻度等を可能な限り把握した上で、当分の間本省に照会すること（当該作業の従事期間又は当該作業を含む上記の合算した従事期間が、明らかに5年以上認められない場合を除く。）。

- (ウ) 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、胸部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、認定基準記の第2の2の(3)に示された計測等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型以上の石綿肺所見の有無、②胸膜プラークの有無、③乾燥肺重量1g当たりの石綿小体若しくは石綿繊維の計測結果、気管支肺胞洗浄液1ml中の石綿小体の計測結果又は肺組織切片中の石綿小体若しくは石綿繊維の検査結果の順に確認するものであり、①の所見があることが確認できる場合は②及び③の調査を、②の胸膜プラークがあること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。

- (エ) 石綿肺及び胸膜プラークの存在が確認できず、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体・石綿繊維の計測、気管支肺胞洗浄液中の石綿小体の計測及び肺組織切片中の石綿小体・石綿繊維の検査のいずれも行われていない場合（①気管支肺胞洗浄液中の石綿小体の計測のみ行われたが、認定基準記の第2の2の(3)に示された数に満たない場合及び②肺組織切片中の石綿小体・石綿繊維の検査のみ行われたが、石綿小体・石綿繊維が確認できなかった場合を含む。）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包埋ブロック又はホルマリン固定された標本が保存されているときは、肺組織（非腫瘍部の一定以上の肺実質組織）中の石綿小体又は石綿繊維の数（乾燥肺重量1g当たり）について確認すること（詳細は、独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル（第2版）」1ページを参照のこと。）。

なお、上記の乾燥肺重量1g当たりの石綿小体の計測については、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一部で実施可能である。また、石綿繊維については、計測が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。

- (オ) 認定基準記の第2の2の(3)のアに示す乾燥肺重量1g当たりの石綿小体の数については、標準的な方法（認定基準記の第3の1の(1)に示された方法）により計測されたものであるか確認し、当該方法により計測されたものでない場合には、実施医療機関に対し、当該方法による再計測が可能か確認すること。

再計測ができない場合には、検体の貸出しを受けた上で、計測可能なアスベスト疾患センターに依頼すること。

イ 中皮腫

中皮腫については、病理組織検査結果に基づく確定診断（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。

病理組織検査が行われていない場合には、改めて病理組織検査に基づく確定診断が行われるようにし、それが実施できないものであるときは、①体腔液細胞診、②臨床検査結果（腫瘍マーカーを含む。）、③画像所見、④臨床経過、⑤他疾患との鑑別根拠等の医証を求め、局医等に判断を依頼すること。

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、呼吸機能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、①胸部エックス線写真、②胸部CT画像、③臨床所見、④臨床経過、⑤臨床検査結果、⑥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

(7) 認定基準記の第2の4の(1)に示された肥厚の広がりの確認に当たっては、びまん性胸膜肥厚の診断が、認定基準の別添に示された内容に即して行われているか確認すること。また、びまん性胸膜肥厚と同様の病態は、臨床上、感染症（細菌性膿胸、結核性胸膜炎）等の石綿による疾病以外の肺疾患等に伴いよくみられるものであることから、びまん性胸膜肥厚の業務上外の判断に当たっては、診断根拠となった臨床所見、臨床経過、臨床検査結果等の資料を収集し、石綿ばく露を原因として生じたものとの診断が適切になされていることを確認すること。

なお、石綿との関連性を推定する上で、石綿肺、胸膜プラーク及び石綿小体・石綿繊維の有無が参考となることから、これらについて確認すること。

(イ) 肥厚の広がりについては、直近の胸部CT画像により、その程度を確認すること。

(ウ) 呼吸機能障害については、スパイロメトリー検査、フローボリューム曲線検査及び動脈血ガス測定検査の結果によりその程度を確認するが、スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査は、最低3回以上実施した検査のうち最も良好な検査結果を、動脈血ガス測定検査については、直近の検査結果を採用すること。

なお、画像、呼吸機能検査成績の評価に際しては、病状の経過を把握し、入手できたすべてのデータを確認した上で行うこと。

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事業場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、社会保険の被保険者記録等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年間所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、請求人の申立て、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。

- (ウ) 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

- a 被災労働者が、認定基準記の第1の2の(3)のア、イ又は(4)の作業に従事している場合

請求人が申し立てる認定基準記の第1の2の(3)のア、イ又は(4)の石綿ばく露作業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)の調査を行い、把握した石綿ばく露作業従事期間が認定基準に定める5年を満たす場合には、さらにさかのぼって石綿ばく露作業に係る調査を行う必要はないこと。

なお、保険給付は、石綿ばく露に係る最終事業場の保険関係に基づき行うこととなるので、最終事業場について必要な調査を実施すること。

- b 被災労働者が、認定基準記の第1の2の(3)のア、イ又は(4)以外の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)の調査を行い、把握し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、さらにさかのぼって石綿ばく露作業に係る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Ⅲ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、調査票Ⅲの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) 石綿ばく露作業に係る従事期間等について疑義がある場合は、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調査票のⅠからⅢ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	
	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))
	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)
	じん肺管理区分の決定関係綴 管理区分の決定関係綴には、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(都道府県労働局が定める文書保存期間に係る規定)
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】	健康管理手帳交付台帳	30年又は常用(都道府県労働局が定める文書保存期間に係る規定)
	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)又は40年(石綿障害予防規則第35条、第41条)
	会社の職歴証明等	
	会社の登記簿	閉鎖の場合は、本社所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)

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	請求時の状況 (死亡 年 月 日 死亡時 歳)		生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			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 <労基則別表第1の2第7号7> <input type="checkbox"/> 中皮腫(胸膜・腹膜・心膜・精巣鞘膜・その他) > <労基則別表第1の2第7号7> <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> その他() <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>				
	医学的所見	<input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 広範囲な胸膜プラーク(肺がん事案) <input type="checkbox"/> 左記に該当しない胸膜プラーク <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	
			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()			
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)	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	
原発性の判断	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	主治医意見 <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
		労災医員等意見 <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
		確定診断委員会意見 <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書	
びまん性胸膜肥厚 に併発	労災認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	びまん性胸膜肥厚参照		
	労災認定無の場合 びまん性胸膜肥厚の 認定要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			

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	主治医による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書 <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"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
	胸膜プラーク 有の場合 広範囲な胸膜 プラーク の所見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主治医による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸部エックス線写真により明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により確認されるもの <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上、胸膜プラークの広がり胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記に該当しない胸膜プラーク 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
		労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸部エックス線写真により明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により確認されるもの <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上、胸膜プラークの広がり胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記に該当しない胸膜プラーク 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
	確定診断委員会による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸部エックス線写真により明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により確認されるもの <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上、胸膜プラークの広がり胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記に該当しない胸膜プラーク 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 意見書	

<p>③ 石綿小体 ・ 石綿繊維</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無 ・ <input type="checkbox"/>計測等 未実施</p>	<p>有の場合 は右欄の 該当箇所に 記入</p>	<p>石綿小体 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/>上葉 <input type="checkbox"/>中葉 <input type="checkbox"/>下葉 標準的な方法による計測 <input type="checkbox"/>該当 ・ <input type="checkbox"/>非該当 (具体的方法:) 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/>有 (石綿小体 本) <input type="checkbox"/>無 石綿繊維 乾燥肺重量1g当たり 石綿繊維 5μm以上 本 1μm以上 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/>有 (石綿繊維 本) <input type="checkbox"/>無 <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()</p>
<p>潜伏期間</p>	<p>石綿ばく露開始から肺がん発症までの期間 年 カ月 ※ 10年未満の場合は本省協議対象</p>		

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			
<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 免疫組織化学染色		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			
	<input type="checkbox"/> 確認資料 < <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()			
	確定診断委員会の意見 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		否の場合病名()	
<input type="checkbox"/> 確認資料 < <input type="checkbox"/> 意見書				

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)		
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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 カ月 ※ 10年未満の場合は本省協議対象			

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 ・ 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"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
	確定診断委員会による確認 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <確認資料> <input type="checkbox"/> 意見書

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	主治医による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 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"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
著しい呼吸 機能障害	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	主治医による呼吸機能障害の確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査結果 <input type="checkbox"/> その他()
		じん肺診査医等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <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()
		確定診断委員会による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 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()	
被包化胸水の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<確認資料> <input type="checkbox"/> 確定診断委員会意見書

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()
胸膜肥厚の広がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 片側の場合 (広がり) [<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右] <input type="checkbox"/> 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 両側にある場合 [左] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 [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"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他() 認定要件該当性に係る確定診断委員会の意見 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <確認資料> <input type="checkbox"/> 意見書

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	主治医による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 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"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他()
著しい呼吸 機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主治医による呼吸機能障害の確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査結果 <input type="checkbox"/> その他() じん肺診査医等による確認 <input type="checkbox"/> 有 <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() 確定診断委員会による確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <確認資料> <input type="checkbox"/> 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

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		石綿疾患 労災認定状況	
資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 (年 か月) <input type="checkbox"/> 認定基準記の第1の2の③のアイ又は ④のいずれかの作業(肺がん事業)	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 ばく露終了年月	年 月 年 月	通算ばく露期間 年 か月 <small>※肺がんの専業であって、認定基準記の第1の2の③の作業に係る従事期間の算定においては、平成8年以降の従事期間は、実際の従事期間の1/2とする。</small>	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			
石綿ばく露期間 (肺がん専業であって、認定基準記の第1の2の③のアイ又は④のいずれかの作業に係るもの)	ばく露開始年月 ばく露終了年月	年 月 年 月	通算ばく露期間 年 か月 <small>※平成8年以降の従事期間は、実際の従事期間の1/2とする。</small>	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、その期間及びその旨を余白に()書きする。 ② 石綿ばく露が中断したときは、その期間及びその理由を余白に<>書きする。			

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	
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(□生検 □剖検) 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 細胞診(□喀痰 □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 の所見	<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画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [有の場合はその程度] <input type="checkbox"/> 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの ^(注1) <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上で胸膜プラークを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記には該当しない胸膜プラーク		
		・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所]□上葉 □中葉 □下葉 標準的な方法 ^(注2) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無		
石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]		
びまん性胸膜肥厚の併発	<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				

(注1) 胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次のいずれかに該当する場合をいう。

- ・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
- ・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) 独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2版)」に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

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

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 ~ 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(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	[診断根拠] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		
	病理診断	[診断根拠] <input type="checkbox"/> 体液液細胞診 <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			
胸膜プラークの所見	<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画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]		
石綿小体・石綿繊維の所見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無		
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				

(注)独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2版)」に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

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

印

[良性石綿胸水]

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 ・ 回目) ・今回の胸水継続期間 ヶ月 ・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画像 <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]		
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]	
胸膜プラーク の所見		<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画像 <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 の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無	
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 平成 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) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : 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				

(注)独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2版)」に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

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

印

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 [肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [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 左側胸膜 [肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [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 <検査等の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
	鑑別診断 の実施等	感染症(細菌性膿胸、結核性胸膜炎)、膠原病(リウマチ性胸膜炎ほか)、薬剤性線維性胸膜炎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 の所見	<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画像 <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 の所見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無	
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 平成 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) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]	
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			

(注)独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2版)」に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

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

印

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御回答くだ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御請求ください。）

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

V 石綿ばく露歴聴取票

平成 年 月 日

被災労働者の氏名
請求人の氏名

聴取者氏名

A 被災労働者の方は、以下の場所で働いたり、仕事に従事したことがありますか。（あてはまるものは全てに記入して下さい）

1. 石綿製品の製造

- 石綿糸、石綿布などの石綿紡織製品の製造 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
- 石綿セメントや石綿セメントを原料とする石綿スレートなどのセメント製品の製造 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
- ボイラーやパイプの被覆製品、ライニング、ガスケットなどの製造 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
- ブレーキライニング、ブレーキパッド、クラッチ板などの製造 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
- 石綿紙、石綿フェルトなどの石綿製品、タイル、プラスターなどの充填剤、塗料などの製品の製造 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

2. 石綿や石綿を含む岩綿の吹付けや貼付けの仕事 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

3. 石綿鉱山や石綿を含む岩石などの採掘・搬出、石綿原料の運搬などの仕事 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

4. 倉庫での石綿製品の袋詰め 石綿製品の荷役、運搬（船員、トラック運転手） 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

5. 建設業 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

ビルの改築・解体作業 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 塗装工事 | <input type="checkbox"/> 防音工事 |
| <input type="checkbox"/> 断熱・耐火・保温工事 | <input type="checkbox"/> プレハブ（石綿板）工事 |
| <input type="checkbox"/> 天井・床材の切断 | <input type="checkbox"/> ラス張りの仕事 |
| <input type="checkbox"/> 電気・ガス・スチームの配線・配管工事 | <input type="checkbox"/> 水道工事、給排水管工事 |

6. 造船業 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

- 艀装 溶接 配管 塗装 電気配線 組立て

船舶の分解修理・解体 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パイプ被覆・断熱作業 | <input type="checkbox"/> クレーン・自動車の運転 | <input type="checkbox"/> 塗装 |
| <input type="checkbox"/> 電気配線工事 | <input type="checkbox"/> 大工・建具 | <input type="checkbox"/> 溶接 |
| <input type="checkbox"/> ボイラー製造・設備 | <input type="checkbox"/> 整備（パイプ・ボイラー等） | <input type="checkbox"/> 板金 |
| <input type="checkbox"/> 作業員 | <input type="checkbox"/> 事務員 | <input type="checkbox"/> その他 |

7. 断熱・保温工事 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉

8. ボイラーの製造・取付け・修繕 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
 溶鉱炉の製造・取付け・修繕 スチーム・パイプの製造・取付け・修繕

9. ボイラーの操作 〈昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月〉
 耐熱（耐火）服や耐火手袋を身につけての仕事 溶接作業 板金作業

10. 自動車、鉄道車両などの整備・修理・解体 ガソリンスタンド <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
11. 電気製品(コンデンサー・電池・蓄電池・絶縁テープ)の製造 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
12. 石けん・オイル・化学物質の製造・精製工場 ガラス製品の製造 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
13. ランドリー・クリーニング屋 埃りっぽい作業服の取り扱い <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
14. 埃りっぽいものの運搬 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
- 商船の船員 トラックの運転手
 はしけの船員 港湾作業員
 鉄道員 クレーンの操作員
15. 清掃工場、下水汚物・廃棄物の回収・処理・運搬 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
16. 蒸気機関車の修理、解体 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
17. 宝石・貴金属の細工仕事 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
18. 消防隊員 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
19. 歯科技工士 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
20. 電気業(発電所・変電所・電気事業所) <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
21. ゴム・タイヤの製造 タルクなどの石綿含有物を使用する作業 <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>

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。(あてはまるものは全て記入して下さい)

1. 家庭で(絶縁物・暖房炉セメント・断熱材・石綿含有塗料・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 月～昭和・平成 年 月>
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 月～昭和・平成 年 月>
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 月～昭和・平成 年 月>
- 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 月～昭和・平成 年 月>
- 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 月～昭和・平成 年 月>
- その他(石綿工場・造船所・建材物の置場・自動車修理工場の近くで遊んだことがありますか。) <昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月>
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 月～昭和・平成 年 月> 石綿作業者との関係 []
- (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