

石綿（アスベスト）関連問診票

No. _____

ふりがな 名 前		生年月日	年	月	日
住所地	福山市 電話	町 —		性別	男 ・ 女

**A あなたは、今までに石綿（アスベスト）に関わる作業をしたことがありますか。
短期間のアルバイトも含めて、当てはまるものすべての口に✓印をつけてください。**

1 <input type="checkbox"/> 石綿製品の製造や運搬に関わる作業	2 <input type="checkbox"/> 石綿製品の倉庫に関わる作業
3 <input type="checkbox"/> 石綿吹き付け作業	4 <input type="checkbox"/> スレート板や瓦の製造に関わる作業
5 <input type="checkbox"/> 建設作業	6 <input type="checkbox"/> 耐火服・耐火手袋を身につけて行う作業
7 <input type="checkbox"/> ビルの解体業	8 <input type="checkbox"/> 溶接作業・板金作業
9 <input type="checkbox"/> 造船所内での作業	10 <input type="checkbox"/> 船舶の分解修理・解体
11 <input type="checkbox"/> 鉄鋼製品製造に関わる作業	12 <input type="checkbox"/> 自動車の製造・修理に関わる作業
13 <input type="checkbox"/> 繊維製品製造業に関わる作業	14 <input type="checkbox"/> ブレーキ・ライニング・クラッチ板の製造
15 <input type="checkbox"/> 蒸気機関車の修理・解体に関わる作業	16 <input type="checkbox"/> 立体駐車場の内部の点検などに関わる作業
17 <input type="checkbox"/> 倉庫内作業	18 <input type="checkbox"/> 廃棄物の回収・処理・運搬に関わる作業
19 <input type="checkbox"/> 宝石・貴金属の細工作業	20 <input type="checkbox"/> ガラス・レンガ・陶磁器製造に関わる作業
21 <input type="checkbox"/> 消防隊員	22 <input type="checkbox"/> 洗濯（クリーニング）に関わる作業
23 <input type="checkbox"/> 歯科技工師	
24 <input type="checkbox"/> 電気工事に関わる作業	
25 <input type="checkbox"/> 電気製品（コンデンサー・電池・絶縁テープ）の製造	
26 <input type="checkbox"/> 化学工場内での作業（オイル・化学物質の精製工場）	
27 <input type="checkbox"/> ボイラー・バーナー・溶鉱炉等の耐熱工事・製造・操作・修理に関わる作業	
28 <input type="checkbox"/> バルブ・パッキング・スチームパイプの取り付け・取り外しに関わる作業	
29 <input type="checkbox"/> 上記のいずれの作業でもないが、作業時に石綿らしき吹き付け部分が飛散した場合	
30 <input type="checkbox"/> 上記のいずれの作業にも従事していない	

**B あなたは、今までに石綿（アスベスト）に暴露された可能性がありますか。
枠内の当てはまるものすべての口に✓印をつけてください。**

1 <input type="checkbox"/> 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた
2 <input type="checkbox"/> 石綿を扱う場所（石綿工場、造船所、建材物置場等）の近くに住んでいた
3 <input type="checkbox"/> 石綿を扱う作業を行う工場によく遊んだり、石綿製品などでよく遊んだ
4 <input type="checkbox"/> 石綿作業に従事した作業着、作業タオル、マスク等に接したり、その洗濯をした
5 <input type="checkbox"/> 家庭で絶縁物・暖房炉セメント・断熱材・カルミシン（天井・壁などに塗る水性塗料）・石綿製品の修理・修繕をした
6 <input type="checkbox"/> 自宅の壁や配管周囲に石綿が吹き付けられていて、部分的に破損・磨耗していた
7 <input type="checkbox"/> 古い建物の解体が行われた風下に住んでいて、皮膚がチカチカしたことがある
8 <input type="checkbox"/> その他（ ）
9 <input type="checkbox"/> 上記1から7のいずれの項目にも経験はない

C 家族で石綿（アスベスト）関連疾患にかかった人がいますか。該当する項目の口に✓印をつけてください。「1ある」の場合は、該当する疾患名に○印をつけてください。

1 <input type="checkbox"/> ある⇒ 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他（ ）
2 <input type="checkbox"/> ない