

石綿による健康被害の救済に関する法律
認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用
石綿計測結果報告書

※判定様式の記載は医療機関関係者が行ってください。医療機関関係者以外の方が記載又は追記した場合は無効となります。

患者氏名	○ ○ ○ ○	男・女	生年 月日	○○年○○月○○日 (○○才)
検査実施施設名	○○○○○○○○センター		検査番号	○○○○○○○○○○

【計測方法の詳細】※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

検体採取日	○○○○年 ○○月 ○○日	計測日	○○○○年 ○○月 ○○日
検査材料	<input checked="" type="checkbox"/> 手術(術式)) <input type="checkbox"/> BALF <input type="checkbox"/> その他()		
保存状態	<input checked="" type="checkbox"/> ホルマリン固定 <input type="checkbox"/> パラフィン包埋 <input type="checkbox"/> その他()		
計測方法	<input checked="" type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による石綿小体計測 <input type="checkbox"/> 走査型電子顕微鏡による石綿繊維計測 <input type="checkbox"/> 透過型電子顕微鏡による石綿繊維計測 <input type="checkbox"/> その他()		

病理標本やブラシ擦過診等で石綿小体が確認された場合は、記載して下さい。なお、石綿小体を確認できる写真は参考となる場合がありますので、添付をお願いします。

【肺組織の計測結果】

- ※1 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。
- ※2 検出下限値とは、実施した計測において、1本の石綿小体又は石綿繊維が検出されたときの石綿小体濃度又は石綿繊維濃度です。計測結果を適切に評価するために必要な数値ですので、検出下限値を必ず記載してください。フィルターの全視野を測定していない場合、石綿繊維計測では観察網目数を記載して下さい。

肺内石綿小体 (AB：石綿小体数)

検体部位	湿重量	乾燥重量	石綿小体濃度	検出下限値 ^{※2}
右肺下葉	1.68820 g	0.33559 g	6,600 AB/g(乾燥肺)	300 AB/g(乾燥肺)
右肺中葉	1.05835 g	0.18735 g	5,600 AB/g(乾燥肺)	280 AB/g(乾燥肺)

肺内石綿繊維 (F：石綿繊維数)

検体部位	湿重量	乾燥重量	石綿繊維濃度	検出下限値 ^{※2}
			5μm以上：	F/g(乾燥肺)
			1μm以上：	F/g(乾燥肺)
				F/g(乾燥肺)
				(網目数)
				(視野数)

検体の採取部位をできるだけ記載して下さい。また、検体は非腫瘍部を優先して計測して下さい。

BALF 中石綿小体 (AB：石綿小体数)

採取部位	注入量	回収量	石綿小体濃度	検出下限値 ^{※2}
	mℓ	mℓ	AB/ mℓ	AB/ mℓ
	mℓ	mℓ	AB/ mℓ	AB/ mℓ

上記のとおり、診断します。

○○○○年 ○○月 ○○日

所在地 〒×××-×××× ××県××市○○○○○

電話番号 ×××-××××-××××

医療機関名 ○○○○○○○○センター

診療科名 ○○○科

医師氏名 ○ ○ ○ ○

技師氏名 ○ ○ ○ ○