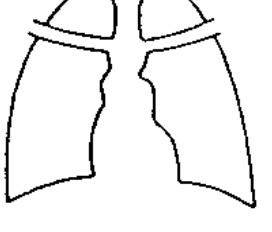


様式第6号（第20条関係）

じん肺管理区分決定申請書			
事業の種類	事業場の名称	事業場の所在地	
		郵便番号（ ）	電話（ ）
当該申請に係るじん肺管理区分決定対象者数			
添付資料	1 エックス線写真	枚	
	2 じん肺健康診断の結果を証明する書面	枚	
3 その他の参考資料			
じん肺基法に基づく第5条の規定の場合は	申請者は、上記事業場において、じん肺法施行規則第2条に定める粉じん作業に常時従事する（労働者）であることに相違ありません。		
	年 月 日	事業者 氏名	職
事業者への通知の諾否	諾	否	
	年 月 日	郵便番号（ ）	電話（ ）
申請者	住所		
労働局長 殿	氏名		

備考

- 「事業の種類」、「事業場の名称」及び「事業場の所在地」の欄は、申請者が常時粉じん作業に従事する労働者である場合は、その所属事業場について、申請者が常時粉じん作業に従事する労働者であつた者である場合は、常時粉じん作業に従事した最終の事業場について記入すること。
- 「事業の種類」の欄は、日本標準産業分類の中分類により記入すること。
- 申請者が常時粉じん作業に従事する労働者であつた者である場合には、「事業者への通知の諾否」の欄に、事業者証明を行つた事業者宛てにじん肺管理区分決定結果を通知することの諾否を記入すること。ただし、申請者がその事業者に現に使用されている労働者である場合には、記入しないこと。

じん肺健康診断結果証明書																	
ふりがな				性別	生年月日		粉じん作業歴										
氏名				男女	年月日												
住所																	
	(変更)																
事業場	名称			業種													
	所在地																
じん肺の経過																	
初めてのじん肺有所見の診断 年																	
前2回の 決定状況	決定年月	年月	じん肺管 理区分	PR	F												
	決定年月	年月	じん肺管 理区分	PR	F												
決定年月	じん肺管理区分	PR	F	決定年月	じん肺管理区分	PR	F										
年月				年月													
年月				年月													
年月				年月													
年月				年月													
既往歴																	
肺結核	歳	心臓疾患 その他の胸部疾患			歳 歳 歳 歳 歳												
胸膜炎	歳																
気管支炎	歳																
気管支拡張症	歳																
気管支喘息 ぜん	歳																
肺気腫	しゅ																
エックス線写真による検査																	
 1.撮影年月日 年月日 2.写真番号 3.撮影条件 KV <small>mA₃ 増感紙</small>		4.エックス線写真の像 イ.小陰影の区分(0/0/0/1/1/1/2/2/2/3/3/3/+) <table border="1"> <tr><td>像</td><td>区分</td><td>タイプ</td></tr> <tr><td>粒状形</td><td>/</td><td>pqr</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table> ロ.大陰影の区分(A B C) ハ.付加記載事項(pl plc co bu ca cv em es px tb) 年月日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名							像	区分	タイプ	粒状形	/	pqr	不整形陰影	/	
像	区分	タイプ															
粒状形	/	pqr															
不整形陰影	/																
自覚症状	呼吸困難		他覚所見	年月日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名	1.身長	mm	年齢満	歳									
	せき	+			2.1秒量予測値	l	3.肺活量予測値	l									
	たん	+			第一次検査												
	心悸亢進	+			検査年月日	年月日	年月日										
	その他				肺活量	l	l										
	喫煙歴	なし、やめた、吸っている ()本/日 × ()年 (~)歳			努力肺活量	l	l										
					1秒量	l	l										
					1秒率	□□. □%	□□. □%										
					%1秒量	□□□. □%	□□□. □%										
					%肺活量	□□□. □%	□□□. □%										
合併症に関する検査																	
検査年月日		年月日		肺結核以外の合併症に関する検査	医師意見	医師意見											
自覚症状						結核菌	たん	塗抹 + -	滲出液	塗抹 + -							
								培養 + -			培養 + -						
結核精密検査	結核菌	塗抹 + -				たん	年月日	年月日	年月日								
		培養 + -					量	ml	ml								
	エックス線特殊撮影	撮影法 () 所見				性状											
						喀痰		年月日(初日)	年月日								
						細胞診		所見									
						エックス線特殊撮影		年月日	年月日								
								撮影法	らせんCT、その他()								
						所見											
赤血球沈降速度		1時間値 mm	その他の所見														
		2時間値 mm															
ツベルクリン反応		mm × mm															
医療機関の名称及び所在地 年月日 医師氏名																	
判定 医師氏名																	

備考 第十条第二項の規定によりたんに関する検査及びエックス線特殊撮影による検査以外の検査を省略したときは、当該省略した検査に係る欄の記入を要しないこと。

CR撮像表示条件確認表

申請者名

撮影日 (年 月 日)

比較読影に用いた写真(いずれかに○)

- () じん肺標準エックス線写真集(平成23年3月)電子媒体版
() じん肺標準エックス線フィルム(昭和53年)

撮影条件

審査受付条件		申請者の撮像表示条件
電圧	110~140 [kV]	
焦点被写体間距離	180~200 [cm]	
グリッド	高密度グリッド使用で撮影電圧が120[kV]前後の時は格子比12:1 上記以上の撮影電圧の時は格子比14:1とすること	
空間分解能(画素数)	フィルムサイズがフルサイズ(半切)の場合 イメージングプレート読み取り画素数3500×3500 [pixel]以上とすること	

画像処理条件

審査受付条件		申請者の撮像表示条件
階調処理	肺野部の最高濃度を1.6~2.0程度とすること	
周波数処理	低空間周波数(0周波数)成分に対して高周波成分(0.2cycle/mm以上) におけるレスポンスを1.0~1.2倍程度とすること (なお、濃度に応じて周波数応答を変化させる場合であっても、 上記範囲内であること。)	

メーカー毎画像処理条件(50音順)

メーカー	パラメータ	撮像表示条件	申請者の撮像表示条件
ケアストリーム ヘルス①	Density Shift	-0.3	
	Contrast Factor	1.6~1.8	
	Matrix Size	35~75	
	High Density Boost	0.05~0.1	
	Low Density Boost	0~0.05	

ケアストリーム ヘルス②	※	ア	イ	ウ	エ	ア・イ・ウ・エ(該当に○)
	Brightness	6	6	6	7	
	Latitude	-4	-4	-6	-5	
	Detail Contrast	-7	-8	-6	-6	

※ア~エいずれかの条件を満たす必要がある。例えばアの条件の場合、Brightness 6、Latitude -4、Detail Contrast -7 である必要がある。

コニカミノルタ ①	肺野濃度	1.6~1.8	
	強調度	0.1~0.3	
	マスクサイズ	7	
	LUT	THX-2	

コニカミノルタ ②	肺野濃度(H)	1.6~1.8	
	HEタイプ	HE-STANDARD2	
	HE強調度(低濃度側強調)	0.00~0.30	
	HE強調度(高濃度側強調)	0.00	
	HFタイプ	HF-STANDARD5	
	HF強調度(低濃度側強調)	0.00	
	HF強調度(高濃度側強調)	0.00~0.30	
	LUT	THX-2	

メーカー	パラメータ	撮像表示条件	申請者の撮像表示条件
富士フィルム①	GA(回転量)	0.9~1.0	
	GS(階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN(周波数ランク)	4	
	RE(周波数強調度)	0.0~0.2	
富士フィルム②	GA(回転量)	0.9~1.0	
	GS(階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN/MRB(周波数ランク)	4/C	
	RE/MRE(周波数強調度)	0.0~0.2/0	
	DRN/MDB	2/A	
	DRT/MDT	B/B	
	DRE/MDE	0.0~0.6/0.0~0.6	

確認日 (年 月 日)
 判定 (適 否)

DR(FPD)撮像表示条件確認表

申請者名

撮影日 (年 月 日)

比較読影に用いた写真(いずれかに○)

- () じん肺標準エックス線写真集(平成23年3月)電子媒体版
 () じん肺標準エックス線フィルム(昭和53年)

撮影条件

	審査受付条件	申請者の撮像表示条件
電圧	110~140 [kV]	
焦点被写体間距離	180~200 [cm]	
出力サイズ	ライフサイズ(半切または大角フィルム)	
撮影倍率	等倍撮影(縮小撮影は認めない)	
撮影条件表示	出力フィルムにメーカー毎画像処理条件が分かるように表示すること	
グリッド	限定しない(じん肺診査ハンドブックのグリッドの条件にも制約されない)	
空間分解能	限定しない	

画像処理条件(一般的の表記)

	審査受付条件	申請者の撮像表示条件
階調処理	肺野部の最高濃度を1.6~2.0程度とすること	
周波数処理	マルチ周波数処理を原則行わないこと。 ただし、縦隔の画質の劣化等臨床的な問題が生じる場合には、専門家による 読影委員会において認められたマルチ周波数処理を行うことができる。	

メーカー毎画像処理条件(50音順)

メーカー	パラメータ	撮像表示条件	申請者の撮像表示条件
キヤノン①	E	*あるいは1	
	D	*****	
	対応濃度(GCSに続く数値)	17~20	
	コントラスト(上記に続く数値)	14~17	

キヤノン②	強調度	OFF	
	強調周波数	OFF	
	ノイズ低減	OFF	
	ダイナミックレンジ調整(高濃度)	OFF	
	ダイナミックレンジ調整(低濃度)	0~3	
	対応濃度	17~20	
	コントラスト	14~17	

キヤノン③	強調度	OFF	
	強調周波数	OFF	
	ノイズ低減	OFF	
	ダイナミックレンジ調整(高濃度)	OFF	
	ダイナミックレンジ調整(低濃度)	0~3	
	輝度	13~10	
	コントラスト	14~17	

メーカー	パラメータ	撮像表示条件				申請者の撮像表示条件
------	-------	--------	--	--	--	------------

ケアストリーム ヘルス	※	ア	イ*	ウ	エ	ア・イ・ウ・エ (該当に○)
	Brightness	3	3	3	3	
	Latitude	-10~-7	-7	-7	-6	
	Detail Contrast	0	-1	-2	0	
	※	オ	カ	キ**		オ・カ・キ (該当に○)
	Brightness	3	3	3		
	Latitude	-10~-8	-10	-4		
	Detail Contrast	1	2	-1		

※ア～キいずれかの条件を満たす必要がある。例えばアの条件の場合、Brightness は 3、Latitude は-10~-7 のいずれか、Detail Contrast は 0 である必要がある。イ*は DR 圧縮・非圧縮とも可、キ**は DR 圧縮のみ可。

コニカミノルタ①	肺野濃度 (H)	1.6~1.8	
	周波数強調度 (HF)	0.0	
	周波数強調タイプ (HF)	OFF	
	LUT	THX-2	

コニカミノルタ②	肺野濃度 (H)	1.6~1.8	
	HE タイプ	HE-STANDARD2	
	HE 強調度 (低濃度側強調)	0.0~0.50	
	HE 強調度 (高濃度側強調)	0.00	
	HF タイプ	HF-STANDARD4	
	HF 強調度 (低濃度側強調)	0.00~0.30	
	HF 強調度 (高濃度側強調)	0.00~0.50	
	LUT	THX-2	

コニカミノルタ③	Contrast (C)	119~130	
	Brightness (B)	152~157	
	Edge (E)	1	

コニカミノルタ④	Contrast (C)	119~130	
	Brightness (B)	152~157	
	Edge (E)	1	
	Tissue Equalization (TE)	0~40/0~20, 0/0	

島津製作所①	W	11500~12500	
	L	6000~6500	
	E	0	

島津製作所②	GA (回転量)	0.9~1.0	
	GS (階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN (周波数ランク)	4	
	RE(周波数強調度)	0	
	CRF(鮮鋭度フィルター)	F	

島津製作所③	GA (回転量)	0.9~1.0	
	GS (階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN/MRB (周波数ランク)	4/C	
	RE/MRE(周波数強調度)	0.0/0.0~0.3	
	CRF(鮮鋭度フィルター) (直接変換型のみに適用)	F	
	DRN/MDB	2/A	
	DRT/MDT	B/B	
	DRE/MDE	0.0~0.6/0.0~0.6	

島津製作所④	Cont(回転量)	25~28	
	Bright(階調シフト)	2~9	
	IEB(周波数ランク)	M2	
	IEE(周波数強調度)	0~30	
	DCB	L	
	DCT	L2	
	DCE	0~60	

メーカー	パラメータ	撮像表示条件	申請者の撮像表示条件
シーメンス旭 メディテック	SF	0/***	
	H	0/***	
	LUT	8	
	W	2300~3300	
	C	1900~2300	
GE ヘルスケア・ ジャパン①	Contrast (C)	119~130	
	Brightness (B)	152~157	
	Edge (E)	1	
GE ヘルスケア・ ジャパン②	Contrast (C)	119~130	
	Brightness (B)	152~157	
	Edge (E)	1	
	Tissue Equalization (TE)	0~40/0~20, 0/0	
GE ヘルスケア・ ジャパン③	Contrast(C):コントラスト偏差	-2 ~ +2	
	Brightness(B):明るさ偏差	0 ~ 10	
	Tissue contrast: TC	0.07 ~ 0.12	
	Edge(E) エッジ	1	
ダイトーマイテック	Tissue Equalization: TE	0~40/0~20, 0/0	
	GS	-2~0	
	GR	-4~-1	
	E	0~2 (0 は表示無し)	
ティーアンドエス	DL	0, 500, 800 (0 は表示無し)	
	S(シャープネス)	-1~0	
	C(コントラスト)	0	
	B(ブライトネス)	-1~0	
東芝メディカル システムズ	WL	1800~2400	
	WW	1200~2800	
	G	07	
	D	0 or AHOL0~AHOL2 (0 or HOL1~HOL2)	
	I (F)	0	
	E	0	
日立メディコ①	フィルター	0~3	
	マスクサイズ	5	
	DRC	0~4	
	γ	3	
	WL	2100	
	WW	3850	
日立メディコ②	高-周波数	0~6	
	低-濃度	0~7	
	WL	1600~2200	
	WW	3500~3900	
フィリップス エレクトロニクス ジャパン①	Density (D)	15~17	
	Gamma (G)	40~45	
	NC (N)	00~03	
	DCE	00	
フィリップス エレクトロニクス ジャパン②	Density (D)	15~17	
	Gamma (G)	40~45	
	NC (N)	00~03	
	DC	40~45 (G と同じ値)	
	CB	10~05	

メーカー	パラメータ	撮像表示条件	申請者の撮像表示条件
富士フィルム①	GA(回転量)	0.9~1.0	
	GS(階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN(周波数ランク)	4	
	RE(周波数強調度)	0	
	CRF(鮮鋭度フィルター) ※直接変換型のみに適用	F	
富士フィルム②	GA(回転量)	0.9~1.0	
	GS(階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN/MRB(周波数ランク)	4/C	
	RE/MRE(周波数強調度)	0/0	
	CRF(鮮鋭度フィルター) ※直接変換型のみに適用	F	
	DRN/MDB	2/A	
	DRT/MDT	B/B	
	DRE/MDE	0.0~0.6/0.0~0.6	
富士フィルム③	GA(回転量)	0.9~1.0	
	GS(階調シフト)	-0.2~-0.1	
	RN/MRB(周波数ランク)	4/C	
	RE/MRE(周波数強調度)	0.0~0.3	
	CRF(直接変換型のみに適用)	F	
	DRN/MDB	2/A	
	DRT/MDT	B	
	DRE/MDE	0.0~0.6	

確認日 (年 月 日)

判定 (適 · 否)

粉じん作業従事歴申立書

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____ TEL ()

私は 年 月 日から 年 月 日まで(年 月)

会社名 _____

代表者名 _____

所在地 _____

(工事名称等) _____

従事した職種 (粉じん作業の具体的な作業内容を併せて記入)

として粉じん作業に従事していたことを申し立てます。

年 月 日

事業者証明が得られない理由

当時一緒に働いていた同僚等から証明が得られない理由

上記事業場に労働者として雇用されていたことを証明する書類

(1 社会保険の被保険者記録 2 給与明細 3 雇用保険に係る証明書 4その他)

粉じん作業歴証明書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者は 年 月 日から 年 月 日まで

会 社 名 _____

所 在 地 _____

工 事 名 _____

従事した職種（作業内容）

として勤務したことを証明いたします。

年 月 日

証明者（上司又は同僚）

住 所 _____

氏 名 _____

当時の職種 _____

勤務期間 年 月 日から 年 月 日まで

備考：証明者は当時一緒に働いていた上司又は同僚であること。

申立書

(最終粉じん事業場名)

私は、 年 月 日以来、 を
最後に粉じん作業には従事していないことに相違ありません。

年 月 日

住所

氏名

熊本労働局長 殿