

13.受診者の家庭生活等について記載してください。(複数回答可)

あてはまる□に✓印をつけてください。また、期間を記入してください。

- | | | | |
|--|----|------|----|
| (1) □ 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった。 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (2) □ 家族が石綿関連の仕事についており、
道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (3) □ 家庭で石綿製品を使って日曜大工等をしたことがある。 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (4) □ 石綿工場・鉱山の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。
(都道府県名・市町村名 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (5) □ 造船所の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。
(都道府県名・市町村名 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (6) □ 建築材料の置場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。
(都道府県名・市町村名 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (7) □ 自動車修理工場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。
(都道府県名・市町村名 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (8) □ 幹線道路や大きな交差点の近くに住んでいたことがある。
(都道府県名・市町村名 | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (9) □ 吹きつけ石綿のある建物の部屋で、過ごしたことがある | 年～ | 年(通算 | 年) |
| (10) □ いずれもない | | | |
| (11) □ わからない | | | |

14.今までにかかった病気(既往歴)について記載してください。

<input type="checkbox"/> あり						
<input type="checkbox"/> 肝臓病	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
<input type="checkbox"/> 結核	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
<input type="checkbox"/> がん						
部位()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
部位()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
<input type="checkbox"/> その他						
疾患名()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
疾患名()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
疾患名()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
疾患名()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
疾患名()	()	歳頃	受診状況:	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療済	<input type="checkbox"/> 放置
<input type="checkbox"/> なし						

15.あなたの血縁者でがんにかかった人はおられますか(亡くなった方を含みます)

<input type="checkbox"/> 父	部位()
<input type="checkbox"/> 母	部位()
<input type="checkbox"/> 祖父	部位()
<input type="checkbox"/> 祖母	部位()
<input type="checkbox"/> 兄	部位()
<input type="checkbox"/> 弟	部位()
<input type="checkbox"/> 姉	部位()
<input type="checkbox"/> 妹	部位()

16.女性の方にお尋ねします。妊娠している可能性はありますか。

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------