

☆問診票兼受領書は、安定ヨウ素剤の事前配布を希望される方の人数分を両面コピーしていただくか、市役所本庁並びに各支所窓口で配布するものを使用してください。

☆説明会開催日までに「問診票」(表面)のチェック項目に該当するかどうか確認しチェックしてください。

☆裏面に受領者の住所・氏名等をご記入ください。

☆様式は篠山市ホームページからのダウンロードも可能です。

チェック

受付確認

保健師問診

薬剤師問診

医師問診

安定ヨウ素剤の問診票兼受領書

※ご家族の分などを代理で受領される場合は、対象者ごとに受領書を作成し、ご提出ください。

A 服用不適項目 ※この項目に「はい」がある方には副作用のおそれがあるので安定ヨウ素剤は配布できません。

1	今までに安定ヨウ素剤の成分、または、ヨウ素に対し過敏症があると言われたことがありますか？ (ヨウ化カリウム丸服用後、またはポピドンヨード液(うがい薬に含まれます)およびルゴール液使用後に、じんま疹や呼吸困難、血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがありますか?)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今までにヨード造影剤過敏症(造影剤アレルギー)と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

B 慎重投与項目 ※この項目に「はい」がある方は、医師、薬剤師、保健師と相談の上、服用を判断していただきます。

1	今までに甲状腺の病気(甲状腺機能亢進症、機能低下症)があると言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今までに腎臓の病気や腎機能に障害があると言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	今までに先天性筋強直症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	今までに高カリウム血症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	今までに肺結核(カリエス、肋膜炎なども含む)と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、以下のお薬をお使いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>※「はい」と答えた方は、該当する薬品にチェックを入れて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> カリウム含有製剤(カリウム補給) <input type="checkbox"/> リチウム製剤(双極性障害(躁うつ病)治療) <input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬 <input type="checkbox"/> アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤、カリウム貯留性利尿剤、降圧剤(配合剤)、ACE阻害剤(高血圧治療) 		

C 確認事項 ※説明会会場で記入してください。

1 ヨウ素剤の効能・効果（どのように、何に効くか等）について説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 ヨウ素剤の服用方法（飲み方、飲むタイミング）について説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 ヨウ素剤服用以外の放射線防護、原子力防災について説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 ヨウ素剤を飲むことによって得られる利益（甲状腺がんのリスクが低下する程度など）について説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 ヨウ素剤の副作用を含め、リスクについて説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 併用した場合に使用に注意を要する薬品について説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 ヨウ素剤を飲まない場合の対応方法や予想される結果などについて説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

安定ヨウ素剤の服用に関する注意事項の説明を受け、副作用の可能性についても理解し、安定ヨウ素剤を受け取りました。また、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、不要となった場合には返却を行います。

受 領 日 平成 年 月 日（※受領の際に記入。）

住 所	篠山市	電話番号	
(ふりがな) 署 名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 西暦 . .
(ふりがな) 代理受領者(保護者等)の氏名		続柄	

※代理受領者の氏名および続柄は、本人が受領される場合は記入不要です。

18歳以下の方は、保護者又は生活を共にされている20歳以上の方（祖父母等）の氏名を記入してください。

※以下は自治体が使用しますので、記入しないでください。

住 所 確 認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
問 診 結 果	<input type="checkbox"/> 該当項目なし <input type="checkbox"/> 慎重投与 <input type="checkbox"/> 服用不適
配 布 の 可 否	<input type="checkbox"/> 配布可能 <input type="checkbox"/> 配布不可
配 布 希 望	<input type="checkbox"/> 配布希望 <input type="checkbox"/> 配布希望なし
配 布 丸 剤 数 (上記は平成28年4月1日時点での年齢です。)	<input type="checkbox"/> 1丸：3歳以上13歳未満(H15.4.2~H25.4.1) <input type="checkbox"/> 2丸：13歳以上(H15.4.1以前に生まれた方)
台 帳 入 力	<input type="checkbox"/> 済（登録日：平成 年 月 日）

※問診票確認終了後、最終確認者はチェックを入れてください。

医 師 <input type="checkbox"/>	薬 剤 師 <input type="checkbox"/>	保 健 師 <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------