

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

この問診票兼受領書は、配布対象者1人につき1枚記入し、郵送配布の方は同封の返信用封筒に入れて返送してください。


● ご自宅で記入いただく項目

- 1 表面及び裏面の「A 服用不適項目」「B 慎重投与項目」を記入してください。
- 2 説明動画を視聴した後に、「C 確認事項」を記入してください。
- 3 郵送配布の場合、「D 受領欄（連絡先記入欄）」は、受領日以外を記入してください。

A 服用不適項目 ※この項目に「はい」がある方には副作用の恐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	
※「はい」と答えた方は、左側の該当する薬品にチェックを入れて右の欄にその薬の名称をご記入ください。	
<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)	【薬の名称】  <input type="text"/>

C 確認事項 ※この項目に「いいえ」がある方には安定ヨウ素剤は配布できません。

1 ヨウ素剤の効能・効果（どのように、何に効くか等）について説明動画を視聴し、理解していますか？	<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）について説明動画を視聴し、理解していますか？	<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動画を視聴し、理解していますか？	<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）について説明動画を視聴し、理解していますか？	<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動画を視聴し、理解していますか？	<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動画を視聴し、理解していますか？	<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動画を視聴し、理解していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

D 受領欄（連絡先記入欄）

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	令和 年 月 日	※受領の際に記入。郵送配布の場合は記入不要。	
住所	丹波篠山市	電話番号	
(ふりがな) 受領者名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 .
		学校・園名	
代理受領の場合 (ふりがな) 代理受領者 (保護者等)の氏名 ※郵送配布の場合は記入不要。		受領者との 続柄	

- ※1 受領者が、保育園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校に通われている場合はその名称を記入してください。
 ※2 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（郵送配布の場合は記入不要です）。
 18歳未満の方は、保護者また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。

※以下は自治体を使用しますので、記入しないでください。

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
配布数 (歳) 上記は令和__年4月1日時点での年齢です。	<input type="checkbox"/> 1包：3歳未満 <input type="checkbox"/> 1丸：3歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 2丸：13歳以上
台帳入力	<input type="checkbox"/> 済（登録日：令和 年 月 日）
郵送日	<input type="checkbox"/> 済（令和 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"/>
-----------------------------	------------------------------	------------------------------