

住 所 <〒>
 <住所>
 <住所1>
 世帯主氏名 <世帯主漢字> 様

配布者氏名 <漢字氏名> 様 (<性別>)
 生年月日 <生年月日> (<年> 歳)
 医師説明日 <医師説明済み世帯>

安定ヨウ素剤に関するチェックシート兼受領書

※対象者ごとに作成し、チェックの上、ご提出ください。

A 服用不適切項目

1 今までに、以下のお薬や食べ物で、 かゆみ、吐き気、発熱、腹痛、頭痛、皮膚が赤くなる などの アレルギー反応を経験したことがありますか？ (安定ヨウ素剤、うがい薬、消毒薬、昆布、 昆布だし、ところてん、海苔 など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

B 慎重投与項目

1 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
2 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
3 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
4 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
5 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
6 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 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
8 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
9 現在、以下のお薬をお使いですか？ エプレレノン、エサキセレノン、フィネレノン カリウム含有製剤、カリウム保持性利尿剤、リチウム製剤、抗甲状腺薬 ACE 阻害剤、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤（ARB）、アリスキレンフマル酸塩 ※「はい」と答えた方や、該当するかご不明な方は、お薬手帳など、服用しているお薬がわかるものをご持参ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 上記1～8以外の病気はありますか？（治療中・既往歴） ※「はい」と答えた方は、具体的な疾患名等を記入して下さい。 （具体的な疾患名等：	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

C 確認事項 ※説明動画、説明資料を確認の上、ご記入ください。

1 説明動画、説明資料を確認しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
①安定ヨウ素剤の効能・効果（どのように、何に効くか等）について、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②安定ヨウ素剤の服用方法（飲み方、飲むタイミング）について、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③安定ヨウ素剤の服用以外の放射線防護、原子力防災について、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 安定ヨウ素剤の郵送での配布を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

D 連絡先 ※確認が必要な場合は、ご記載の連絡先にお電話します。

電話番号		氏名		続柄	
------	--	----	--	----	--

※ 以下は安定ヨウ素剤の受領後に記入してください。

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）		
署名（配布対象者）			
代理受領者の氏名		続柄	

※ 代理受領者の氏名及び続柄は、本人が受領される場合は記入不要です。

※ 以下は自治体を使用しますので、記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 該当項目なし	<input type="checkbox"/> 服用不適切	<input type="checkbox"/> 慎重服用	<input type="checkbox"/> 既往症あり
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"/> 配布希望あり	<input type="checkbox"/> 配布希望なし	
ヨウ化カリウム丸	<input type="checkbox"/> 2丸：13歳以上 <input type="checkbox"/> 1丸：3歳以上13歳未満		
ヨウ化カリウム内服ゼリー	<input type="checkbox"/> 32.5mg 1包：生後1か月以上3歳未満 <input type="checkbox"/> 16.3mg 1包：生後1か月未満		
確認者氏名	（職種： ）		
管理プログラム登録	<input type="checkbox"/> 済（登録日： 年 月 日）		
登録者氏名			