

〇〇県〇〇部〇〇課

(ここから下をご記入ください)

安定ヨウ素剤の配布・服用に係る確認書

安定ヨウ素剤の受領が可能であるか、対象者のチェックシートと照らし合わせながら、以下の事柄についてご確認ください。該当する項目(☑)がある場合、必要に応じてかかりつけ医等に服用の可否をご相談下さい。

既往歴等

【服用不適切項目】 ☞ 安定ヨウ素剤は服用できません。服用不適切項目該当者として登録が必要です。

安定ヨウ素剤の成分、ヨウ素(ヨード)に対する過敏症(アレルギー)

【慎重服用項目】

() 内は、以下の疾患に該当する方が安定ヨウ素剤を服用した際に起こり得る症状ですが、

安定ヨウ素剤を適量服用した場合に、健康影響が生じる可能性は極めて低いです。

- 甲状腺機能亢進症(ヨウ素誘発性甲状腺腫) 甲状腺機能低下症(症状の悪化)
- 腎機能障害(カリウムによる症状の悪化) 先天性筋強直症(カリウムによる症状の悪化)
- 高カリウム血症(カリウムによる症状の悪化) 低補体血症性蕁麻疹様血管炎(過敏症状)
- 肺結核(結核の再燃) ヨード造影剤過敏症(過敏症状)
- シューリング疱疹状皮膚炎(過敏症状)

【相互作用の可能性のある薬剤】

() 内は、以下の薬剤との併用により起こり得る症状ですが、

安定ヨウ素剤を適量服用した場合に、健康影響が生じる可能性は極めて低いです。

- カリウム含有製剤(高カリウム血症) リチウム製剤(甲状腺機能低下)
- 抗甲状腺薬(甲状腺機能低下) カリウム貯留性利尿剤(高カリウム血症)
- ACE阻害剤(高カリウム血症) アンジオテンシンⅡ阻害薬(ARB)(高カリウム血症)

【その他 既往歴】

あり (具体的な疾患名等: _____)

確認事項

受領者は: _____ チェック

1. 安定ヨウ素剤の効能・効果について説明を受け、理解した。
2. 安定ヨウ素剤の服用の方法及びタイミングについて説明を受け、理解した。
3. 安定ヨウ素剤の服用以外の放射線防護及び原子力防災について説明を受け、理解した。

確認結果	<input type="checkbox"/> 該当項目なし <input type="checkbox"/> 慎重服用項目あり <input type="checkbox"/> 服用不適切項目あり <input type="checkbox"/> 既往歴あり
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
配布内容(※) [_____ 歳] 年 月 日時点	<input type="checkbox"/> ゼリー剤(16.3mg) () 包 <input type="checkbox"/> ゼリー剤(32.5mg) () 包 <input type="checkbox"/> 丸剤(50mg) () 丸
配布管理システム登録	<input type="checkbox"/> 済 (登録日: _____ 年 月 日)
受領者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 受領委任者
確認者	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 医師
確認者氏名	(_____)

(※) 生後1ヶ月未満: ゼリー剤(16.3mg) 1包 生後1ヶ月以上~3歳未満: ゼリー剤(32.5mg) 1包
3歳以上~13歳未満: 丸剤(50mg) 1丸 13歳以上: 丸剤(50mg) 2丸
なお、丸剤の服用が困難な方には、同量程度のゼリー剤の配布を行うことも可能です。