

〇〇県〇〇部〇〇課

(ここから下をご記入ください)

安定ヨウ素剤に関するチェックシート

お名前 ( ) 年齢 ( ) 歳
せいねんがっぴ せいれき ねん がっ 月にち せいべつ おとこ おんな
生年月日 西暦 年 月 日 性別 ( 男 ・ 女 )
われき

ご家族の分など代理で受け取られる場合は、対象者ごとにチェックシートを記入し提出してください。

安定ヨウ素剤について

- 〇 原子力災害時に放射性ヨウ素による甲状腺の内部被ばくを予防・低減するためのお薬です。
〇 国や地方公共団体から指示がない限り、飲まないでください。
〇 使用期限を確認してください。

あてはまる項目を選び、口にチェック (☑) してください。

- 1. 今までに以下のお薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか?
"あり"を選んだ方は、あてはまる項目を○で囲むか、( ) 内にわかる範囲で具体的に記載してください。
□なし □あり
安定ヨウ素剤、うがい薬、消毒薬、ヨード造影剤、昆布、昆布だし、ところてん、海苔、その他 ( )
2. 「1. の質問」で"あり"を選んだ方のみ回答してください。1. は、どのような症状でしたか?
あてはまる項目を○で囲むか、( ) 内にわかる範囲で具体的に記載してください。
かゆみ、吐き気、発熱、腹痛、頭痛、皮膚が赤くなる、その他 ( )
3. 甲状腺に異常があるといわれたことがありますか?
□なし □あり
4. 腎臓に異常があるといわれたことがありますか?
□なし □あり
5. 血圧を下げるお薬を飲んでいませんか?
□なし □あり
6. 何か他の病気はありますか?
□なし □あり

自由記入欄 何かおたずねになりたいことなどがありましたら、ご記入ください。

Blank box for free input.