

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  
 生年月日 <生年月日> ( <年> 歳)  
 医師説明日 <医師説明済み世帯>


## 安定ヨウ素剤の受領書

※対象者ごとに受領書を作成し、ご提出ください。

### A 服用不適切項目

1 今までに、以下のお薬や食べ物で、アレルギーやアナフィラキシーショックを起こ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
---	--

※ヨウ素（ヨード）に対する過敏症（アレルギー）がないか確認します。

### B 慎重投与項目

1 ヨード造影剤過敏症（過敏症状）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？ <span style="float:right"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span> ※「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。 <input type="checkbox"/> カリウム含有製剤、カリウム貯留性利尿剤、エプレレノン <input type="checkbox"/> リチウム製剤 <input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬（チアマゾール、プロピルチオウラシル） <input type="checkbox"/> ACE阻害剤、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤、アリスキレンフマル酸塩	
10 上記1～8以外の病気はありますか？（治療中・既往歴） （具体的な疾患名等： _____ )	

## C 確認事項

1 安定ヨウ素剤の効能・効果（どのように、何に効くか等）について説明を受け、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）について説明を受け、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説明を受け、理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<p>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。</p>			
受領日	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。

※ 以下は自治体で使用しますので、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32.5mg	<input type="checkbox"/> 1包：生後1か月以上3歳未満		
管理プログラム登録	<input type="checkbox"/> 済（登録日： 年 月 日）		
登録者氏名			