

## 安定ヨウ素剤事前自主配布

# 配布会2020年3月1日(日)

2018年に続き「安定ヨウ素剤」の配布会を行います。

こどもも大人も、命を大切にしたい。

その思いから、今回も市民の手で「安定ヨウ素剤」をお配りします。

**開始：第1回：午前 10:00～、 第2回：午後 2:00～**

**会場：鎌倉福祉センター2F会議室（鎌倉市御成町20番21号）**

**医師：青山浩一氏（鹿児島、ますみクリニック院長）処方医**

：酒井太郎氏（鎌倉、さかい内科・胃腸科クリニック院長）

：鈴木 伸氏（横浜、ことぶき共同診療所院長）

：越智祥太氏（横浜、ことぶき共同診療所）

：前田佳子氏（昭和大学泌尿器科・講師）

## プログラム

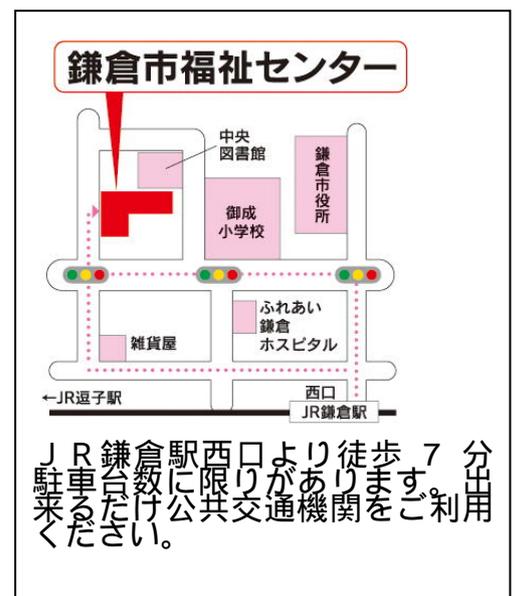
- ・ 医師による安定ヨウ素剤についての説明（約30分）
- ・ 医師による、各自提出の問診票に基づき問診  
（問診の結果、安定ヨウ素剤をお渡しできない場合がございます）
- ・ 各自安定ヨウ素剤を受け取る
- ・ 錠数等確認（スタッフがダブルチェックをします）
- ・ 受領書に認印→ 終了です。

## 注意事項

- \* 問診票は、服用する人、一人に1枚必要です。
- \* **時間厳守**です。冒頭の説明を受けた方に、安定ヨウ素剤をお渡しいたします。
- \* 受領書には服用される**ご家族全員**のお名前、性別、生年月日、年齢、錠数、確認署名など必要事項をご記入ください。**印鑑をご持参ください。（認印で可）**
- \* 安定ヨウ素剤は無料です。（他に資料代として500円を頂戴いたします。）
- \* 「託児」はいたしません。
- \* 医薬品です。取り扱いには充分ご注意ください。

**申込書、問診票、受領書ご記入の上、3種合わせて提出下さい。**

**※切は、12月20日(金)です。**



# 安定ヨウ素剤事前自主配布会・申込書

提出用

申込日 2019年 月 日

必須 代表者氏名 (団体名)	フリガナ		
必須 代表者住所			
必須 代表者連絡先	電話		
	携帯		
	*email		
必須・参加希望 時間帯	午前		午後
	ご希望に添えない場合は、ご連絡いたします。		

頂戴いたしましたメールアドレスへは、今後の当会のイベントなどの情報を送信させていただきます。(今後は情報 **必要** **不要**)

・その他の個人情報につきましては、厳重に管理しこの件に関する以外には使用致しません。

## ・提出していただくもの

### 安定ヨウ素剤事前自主配布・申込書(この用紙です)

「安定ヨウ素剤の問診票」(問診票はお一人1枚です。各家庭で用紙をコピーして全員分をご記入ください)

「安定ヨウ素剤の受領書」

## ・提出方法

団体の方はまとめて、ぐるうぷ未来のスタッフへお渡しください。

個人の方は、スタッフにお渡しいただくか、次の記住所にお送りください。

〒248-8799 鎌倉市極楽寺 1-4-31-101 上野 千代 宛

※12月1日以降は、ぐるうぷ未来のホームページ(現在作成中)及び、Facebook ページから申し込み用紙、問診票、受領書をダウンロードできます。



申込用紙、問診票、受領書の提出切は、12月20日(金)です。

問合せ：[group.mirai88@gmail.com](mailto:group.mirai88@gmail.com) (ぐるうぷ未来)

ご不明な点は、ご遠慮なくお電話ください 090-4946-6012 (橋本等)

主催：ぐるうぷ未来

# 安定ヨウ素剤の問診票

提出用②

(氏名: カナ \_\_\_\_\_) (生年月日※西暦でお書きください。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

(氏名: 漢字 \_\_\_\_\_) (性別: 男・女) (現在の年齢 \_\_\_\_\_ 歳)

**※この用紙は安定ヨウ素剤を受け取る方一人につき一枚必要です。**

**不足分は各自でコピーし、記入して当日ご持参ください。**

## 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、ヨウ素剤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)及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)があると言われた事がありますか？	<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？ ※「はい」と答えた方は、該当する薬品にチェックを入れてください。 <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)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ

# 安定ヨウ素剤の受領書

提出用③

この受領書は、原子力災害時に服用する安定ヨウ素剤の事前配布を希望される方々を対象に「ぐるうぷ未来」が行う説明会において、安定ヨウ素剤を受領された方を把握することを目的としたものです。

説明の内容をよく理解していただいた上で、この受領書に必要事項を記入してください。

受領書と引き換えに安定ヨウ素剤をお渡しします。また、ご家族の分を代理で受領される方は、安定ヨウ素剤をお渡しになる前に、ご家族の方に本日お聞きになった医師からの説明内容を必ずお伝えください。

《以下の「□」にはチェックを、「下線」部分には記入をお願いします》

参加ご本人 :錠剤\_\_\_\_\_丸(※丸数は事務局で記入。5年後13歳未満は1回1丸)

(氏名:カナ\_\_\_\_\_)(生年月日※西暦でお書きください。\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

(氏名:漢字\_\_\_\_\_)(性別:□男・□女)(現在の年齢\_\_\_\_歳)(参加した方との関係\_\_\_\_\_)

本人以外の方 :錠剤\_\_\_\_\_丸(※丸数は事務局で記入。5年後13歳未満は1回1丸)

(氏名:カナ\_\_\_\_\_)(生年月日※西暦でお書きください。\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

(氏名:漢字\_\_\_\_\_)(性別:□男・□女)(現在の年齢\_\_\_\_歳)(参加した方との関係\_\_\_\_\_)

本人以外の方 :錠剤\_\_\_\_\_丸(※丸数は事務局で記入。5年後13歳未満は1回1丸)

(氏名:カナ\_\_\_\_\_)(生年月日※西暦でお書きください。\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

(氏名:漢字\_\_\_\_\_)(性別:□男・□女)(現在の年齢\_\_\_\_歳)(参加した方との関係\_\_\_\_\_)

本人以外の方 :錠剤\_\_\_\_\_丸(※丸数は事務局で記入。5年後13歳未満は1回1丸)

(氏名:カナ\_\_\_\_\_)(生年月日※西暦でお書きください。\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

(氏名:漢字\_\_\_\_\_)(性別:□男・□女)(現在の年齢\_\_\_\_歳)(参加した方との関係\_\_\_\_\_)

本人以外の方 :錠剤\_\_\_\_\_丸(※丸数は事務局で記入。5年後13歳未満は1回1丸)

(氏名:カナ\_\_\_\_\_)(生年月日※西暦でお書きください。\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

(氏名:漢字\_\_\_\_\_)(性別:□男・□女)(現在の年齢\_\_\_\_歳)(参加した方との関係\_\_\_\_\_)

※以下は3月1日に記入していただきます(印鑑をご持参ください)。

(署名欄)

本日ヨウ素剤の服用に関する注意事項の説明を受けヨウ素剤を「\_\_\_\_\_」人分受け取りました。

受領者の氏名\_\_\_\_\_印 (受領日20\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)