様式３

安定ヨウ素剤の服用確認書

年・組　　　　　　番号　　　　　　児童等の氏名

1. 今までに、安定ヨウ素剤の成分またはヨウ素に対し過敏症があると言われたことがありますか

次のいずれかを○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **はい** | **いいえ** |  |

⇒　「はい」と回答された場合、安定ヨウ素剤は服用できないため、同意の有無にかかわらず安定ヨウ素剤は配布できません

1. 次の各項目（慎重投与項目）に該当しますか

各項目について、いずれかを○で囲んでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | **はい** | **いいえ** |
| 今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）があると言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに腎臓の病気や腎機能に障がいがあると言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに先天性筋硬直症と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに高カリウム血症と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに低補体血症性じんま疹様血管炎と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 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 | **はい** | **いいえ** |
| 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 | **はい** | **いいえ** |
| 現在、以下のお薬をお使いですか   * カリウム含有製剤、カリウム貯留性利尿剤、エプレレノン * リチウム製剤 * 抗甲状腺薬（チアマゾール、プロピルチオウラシル） * 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 | **はい** | **いいえ** |

⇒　いずれかの項目に「はい」と回答された場合、安定ヨウ素剤を服用した際に起こり得る症状が存在しますが、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ため、安定ヨウ素剤を配布できます

1. 原子力災害の発生等に伴い、国、県又は市から安定ヨウ素剤の配布及び服用の指示が出された場合、学校等において安定ヨウ素剤を配布し、服用させることについて

次のいずれかを○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **同意します** | **同意しません** |  |

園長　　　様

学校長　　　様

所長　　　様　　　　　　 令和　年　月　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 在学中適用しますので、内容に変更がある場合はお知らせください。