

チェックシート兼受領書

- ・安定ヨウ素剤を服用できるか確認するためのものです。
- ・配布説明会又は協力薬局で事前配布を受ける際は、事前に表面まで枠内に記入またはチェック☑をし、事前配布券とともに持参してください。
- ・(同一世帯の家族分を一括して受け取る場合)
家族分のチェックシート兼受領書と事前配布券を持参してください。

【受領者の情報】

氏 名	
電 話 番 号	
配布対象者との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯人 ☐ その他(代理受領者:代理受領者記入票の提出が必要です。)

(事前配布券貼付欄)

※左端に合わせて、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください。

【服用不適項目】※この項目が「はい」の場合は、服用できません。

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 ^{かびんしょう} があると言われたことがある (ポピドンヨード液、イソジン液、ルゴール液使用後や、ヨウ化カリウム丸服用後に、じんましん、呼吸困難、血圧低下等のアレルギーを経験したことがある)	☐ はい	☐ いいえ
---	-----------------------------	------------------------------

【対象外項目】※この項目が「はい」の場合は、配布対象外です。

甲状腺が先天的に無い、または手術で全部摘出した	☐ はい	☐ いいえ
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

【慎重投与項目】

① 今までにヨード造影剤過敏症 ^{ぞうえいざいかびんしょう} (造影剤アレルギー ^{ぞうえいざい}) と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
② 今までに甲状腺 ^{こうじょうせん} の病気 ^{びょうき} (甲状腺機能亢進症 ^{こうじょうせんきのうこうしんしょう} 、甲状腺機能低下症 ^{こうじょうせんきのうていかししょう}) があると言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
③ 今までに腎臓 ^{じんぞう} の病気 ^{びんきのう} や腎機能の低下があると言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
④ 今までに先天性筋強直症 ^{せんてんせいきんきょうちよくしょう} と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
⑤ 今までに高カリウム血症と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
⑥ 今までに低補体血症 ^{ていほたいけっしょう} 性蕁麻疹様血管炎 ^{せいじんましんようけつかんえん} と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
⑦ 今までに肺結核 ^{はいけっかく} (カリエス ^{ろくまくえん} 、肋膜炎等も含む) と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
⑧ 今までにジューリング疱疹 ^{じゅうりんじょうひ} 状皮膚炎 ^{ふえん} と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
⑨ 現在、以下の薬を使っている (「はい」の方は、該当する薬品にチェックを入れて下さい。)	☐ はい	☐ いいえ
☐ カリウム含有製剤 (カリウム補給) ☐ エプレレノン、エサキセレノン、フィネレノン (高血圧治療)		
☐ リチウム製剤 (双極性障害治療) ☐ カリウム保持性利尿剤 (高血圧治療)		
☐ 抗甲状腺薬 (甲状腺機能亢進症治療) ☐ アリスキレンフマル酸塩 (高血圧治療)		
☐ ACE阻害剤、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤 (ARB)、ARB配合剤 (高血圧治療)		

(裏面は配布説明会又は協力薬局での説明を受けた後に記入してください。)

【確認事項】

安定ヨウ素剤に関する説明（動画視聴、口頭説明）について、理解しましたか？ ・ 効能や効果 ・ 年齢毎の服用量 ・ 服用回数（原則1回） ・ 安定ヨウ素剤の副作用を含めたリスク ・ 併用した場合に注意を要する薬品	☐ はい	☐ いいえ
--	-----------------------------	------------------------------

【配布希望】

安定ヨウ素剤の事前配布（受け取り）を希望しますか？	☐ はい	☐ いいえ
---------------------------	-----------------------------	------------------------------

【受領欄】

配布対象者本人 が受領する場合	私は、安定ヨウ素剤の服用に関する説明を受け、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します。	配布対象者署名
配布対象者以外 が受領する場合	私は、配布対象者から安定ヨウ素剤の受領を委任され、安定ヨウ素剤の服用に関する説明を受け、安定ヨウ素剤を受け取りました。受け取った安定ヨウ素剤は配布対象者本人に渡し、安定ヨウ素剤の服用について説明するとともに、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するよう伝えます。	受領者署名

（以下、スタッフ記入欄）

<確認結果> ☐ 該当項目なし ☐ 慎重投与項目あり ☐ 服用不適項目あり ☐ 対象外
 <配布可否> ☐ 配布可能 ☐ 配布不可
 <配布希望> ☐ 希望あり ☐ 希望なし
 <確認者職種> ☐ 保健師・看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 医師
 <配布結果> ☐ 丸剤2丸 ☐ 丸剤1丸 ☐ 丸剤1丸・ゼリー剤1包 ☐ ゼリー剤1包
 ☐ 配布せず
 <回収薬剤> ☐ あり ☐ なし