

【 安否確認・安定ヨウ素剤簡易問診カード 】

(お願い) 事前にまたは屋内退避中に 枠内を記載して、対象となる『一時集合場所』へお越しください。

避難世帯の情報			
住 所	六ヶ所村大字	自治会	
携帯番号等	(だれの)	-	-

世帯員の一覧			安否状況の確認				
フリガナ 氏 名	年齢 (1歳未満 の方はヶ月まで)	性別	一緒に避難していますか		(いいえの場合) 連絡はとれていますか		どこに避難していますか(場所名、不明等)
			はい	いいえ	はい	いいえ	
代表者 ①		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					
世帯員 ②		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					
世帯員 ③		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					
世帯員 ④		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					
世帯員 ⑤		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					
世帯員 ⑥		男	はい	いいえ	はい	いいえ	
		女					

安定ヨウ素剤の簡易問診票

※ 安定ヨウ素剤について、下記の質問を確認し、 の中に回答してください。

- Q1. これまでにうがい薬(ポピドンヨード液)等を使って、じんましんや呼吸困難等を経験したことがありますか。
- Q2. 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。

あるに○がある人は 服用できません	(ない方で) 服用の希望 (○・×)	【職員記載欄】 形状(個数)	
		ゼリー状	丸薬
Q1 ある・ない	○・×	16.3mg	1丸
Q2 ある・ない		32.5mg	2丸
Q1 ある・ない	○・×	16.3mg	1丸
Q2 ある・ない		32.5mg	2丸
Q1 ある・ない	○・×	16.3mg	1丸
Q2 ある・ない		32.5mg	2丸
Q1 ある・ない	○・×	16.3mg	1丸
Q2 ある・ない		32.5mg	2丸
Q1 ある・ない	○・×	16.3mg	1丸
Q2 ある・ない		32.5mg	2丸

(※記入不要) 安定ヨウ素剤配布の最終確認者

医師 薬剤師 保健師 安定ヨウ素剤配布責任者 その他 ()

(※記入不要) 安定ヨウ素剤配布場所名

大石総合体育館 尾駁小学校 第一中学校 室ノ久保地区学習等共用センター その他 ()