

年 月 日	<b>安定ヨウ素剤服用のための問診票</b>	会場: 2/17オンラインMDS
-------	------------------------	------------------

**※この用紙は 安定ヨウ素剤の服用予定者 1人につき1枚 必要です(代筆可)**

服用予定者の 氏名(カタカナで可)	(西暦) 生年月日 年 月 日
----------------------	--------------------

**A.服用不適項目**

**※この項目が「はい」の方は、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。**

今までに、安定ヨウ素剤(ヨウ化カリウム丸)を飲んだり、または、ヨウ素、ヨード を含む消毒薬やうがい薬(イソジン、ポピドン、ルゴールなど)を使った時に、じんましんや呼吸困難などのアレルギー反応を起こし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、薬剤師等と相談の上、服用を判断してください**

1	今までに <b>甲状腺の病気</b> (甲状腺機能亢進症、機能低下症)があると言われてたり、現在治療中ですか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
2	今までに <b>腎臓の病気</b> や腎機能に障害があると言われて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 <b>先天性筋強直症・高カリウム血症</b> と言われて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 <b>肺結核(カリエス、肋膜炎</b> なども含む)と言われて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 <b>低補体血症性蕁麻疹様血管炎</b> と言われて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 <b>ジューリング疱疹状皮膚炎</b> と言われて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 <b>CT検査などでヨード造影剤アレルギー</b> と言われてたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、以下のお薬を服用されていますか？	
a	<b>カリウムを含む薬</b> (アスパラ、アスパラK、グルコンサンK、ケーサプライ、スローKなど)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
b	<b>リチウムを含む薬</b> (双極性障害(躁うつ病)治療薬;リーマス、炭酸リチウムなど)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
c	<b>甲状腺治療薬</b> (メルカゾール、チウラジール、チラーヂンSなど)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
d	<b>高血圧治療薬の中で、カリウム貯留性利尿薬、ACE阻害薬、ARB(アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬)など</b> (例:スピロラクトン、レニベース、ロサルタン、カンデサルタン、バルサルタン、テルミサルタン、オルメサルタン、イルベサルタン、セララ、ミネプロ、エンレスト、及びこれらを含む配合剤など)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ