

年 月 日	安定ヨウ素剤服用のための問診票	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？	□はい・□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 甲状腺の病気 (甲状腺機能亢進症、機能低下症)があると言われてたり、現在治療中ですか？	□はい・□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てたことがありますか？	□はい・□いいえ
3	今までに 先天性筋強直症・高カリウム血症 と言われてたことがありますか？	□はい・□いいえ
4	今までに 肺結核(カリエス、肋膜炎 なども含む)と言われてたことがありますか？	□はい・□いいえ
5	今までに 低補体血症性蕁麻疹様血管炎 と言われてたことがありますか？	□はい・□いいえ
6	今までに ジューリング疱疹状皮膚炎 と言われてたことがありますか？	□はい・□いいえ
7	今までに CT検査などでヨード造影剤アレルギー と言われてたことがありますか？	□はい・□いいえ
8	現在、以下のお薬を服用されていますか？	
a	カリウムを含む薬 (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)	□はい・□いいえ
b	リチウムを含む薬 (双極性障害(躁うつ病)治療薬;リーマス、炭酸リチウムなど)	□はい・□いいえ
c	甲状腺治療薬 (メルカゾール、チウラジール、チラーヂンSなど)	□はい・□いいえ
d	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 (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)	□はい・□いいえ