

※最初に同封の「甲状腺検査受診の手引き」をお読みください。

甲状腺検査のお知らせ

福島県及び福島県立医科大学では、東京電力福島第一原子力発電所の事故を踏まえ、子どもたちの健康を長期に見守るために、甲状腺検査を実施しています。この検査は、一人一人の甲状腺の状態を長期にわたり観察し、健康な生活を送るための支援につなげたり、将来的な健康影響についての調査に役立てるものです。

この検査は、超音波検査などで甲状腺の状態を調べますが、個別に放射線被ばくの影響を調べるものではありません。検査によって、甲状腺の状態がある程度分かりますので、その結果をお伝えします。検査の結果、治療が必要な変化が発見され、早期発見早期治療につながることもありますが、甲状腺の特性上、治療の必要のない変化も数多く認めることになり、ご心配をお掛けすることもあります。そのため、甲状腺の超音波検査による検診は、一般的には行われてきませんでした。

受診されるかどうかはご本人(20歳まではご本人と保護者)のご希望によりますので、検査の内容と意義をご理解していただき、受診を希望されるかどうか、ご返信にてお知らせください。

(同封の「甲状腺検査受診の手引き」をご確認のうえ、必要書類を同封の返信用封筒によりご返送ください。)

甲状腺検査対象者及び保護者様

(検査日、検査場所等)

- 1 検査対象者
- 2 検査日
- 3 検査時間
- 4 検査場所
- 5 同意確認書兼
問診票の提出期限
- 6 検査内容

検査の同意・不同意に関わらず裏面の「同意確認書」にご記入のうえご返送ください。

【お問い合わせ先】

甲状腺検査の検査場所や日時の変更などに関するお問い合わせ（検査会場や検査実施機関への直接のお問い合わせはご遠慮ください。）

福島県立医科大学 Fukushima国際医療科学センター 放射線医学県民健康管理センター

コールセンターTEL024-549-5130 (9:00~17:00土日・祝日を除く) <http://fukushima-mimamori.jp/thyroid-examination/>

※おかけ間違いのないようご注意ください。 メールアドレス：kenkan@fmu.ac.jp



「県民健康調査」甲状腺検査（一次検査）同意確認書兼問診票

福 島 県 知 事
公立大学法人福島県立医科大学理事長

本甲状腺検査は、あなた（受診者ご本人）の健康を見守るための検査です。この同意確認書は検査の都度ご提出していただきます。検査結果については、あなたにお知らせするとともに、これまで、及び今後の「県民健康調査」で得られたデータは福島県立医科大学が保管し、次の目的で利用します。

●あなたの健康管理に際して必要な利用目的

- ・「県民健康調査」の提供、管理運營業務
- ・「県民健康調査」にあたり、外部の医師・専門家等の意見・助言を求める場合
- ・あなたの診療等に関する他の医療機関等との連携（照会への回答を含む）
- ・保健・医療・福祉・生活に関する適切な支援のための市町村等への提供

●上記以外の利用目的

- ・継続的な県民の健康管理を行うための基礎資料としての利用
- ・今後の健康調査の維持、改善のための基礎資料としての利用
- ・「県民健康調査」甲状腺検査の検査者等の教育・育成・実習
- ・学術的研究目的・公衆衛生的教育や啓発目的での個人を特定しない形での利用
- ・個人が特定されない形での公表（統計処理等）

なお、

- 1 あなたや法定代理人の都合でいつでも同意を取り消すことができ、そのことによる不利益は一切うけません（次の窓口までお問い合わせください）。
- 2 あなたや法定代理人の希望により、受診者本人に関する情報について、いつでも知ることができます。
- 3 本調査に関して得られたあなたや法定代理人の個人情報の秘密は固く守られます。

（個人情報に関する窓口）

福島県立医科大学 ふくしま国際医療科学センター 放射線医学県民健康管理センター

電話：024-549-5130（土日祝日を除く 9:00～17:00 おかけ間違いのないようご注意ください。）

メール：kenkan@fmu.ac.jp

以上のことを理解のうえ

1 後記対象者（本人が未成年の場合は保護者）が、今回の甲状腺検査を受けることについて伺います。
当てはまるものにを入れてください。

同意します • 同意しません→ 2へお進みください。

2 今後の甲状腺検査のお知らせが不要である方のみを入れてください。

甲状腺検査のお知らせは不要です

★ 今後の甲状腺検査のお知らせを希望されない場合でも、送付の再開はいつでも可能ですので、その際はご連絡ください。

★ 対象者が未成年で保護者の方が甲状腺検査のお知らせは不要と回答いただいた場合でも、ご本人が成人に達した際に、送付することもありますので、ご了解願います。

<検査同意確認書兼問診票>

平成 年 月 日

ここまでは、検査の同意、不同意、甲状腺検査のお知らせの要、不要に関わらずご記入ください。

住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	(住所変更) ※甲状腺検査結果や次回のお知らせ送付先を上記住所から変更される場合のみご記入ください。										
フリガナ						受付番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
対象者氏名	※上記氏名に変更・訂正がございましたらお手数ですが、右側欄にご記入ください。					フリガナ	<input type="text"/>				
						氏 名	<input type="text"/>				
対象者の生年月日	平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
フリガナ 保護者氏名 (自署)	※本人が未成年の場合、保護者氏名を必ずご記入ください。										
フリガナ 対象者氏名 (自署)	※本人が成人の場合、対象者氏名を必ずご記入ください。										
連絡先 (電話番号)	-										
	※日中でも連絡可能な連絡先をご記入ください。										

以下、検査に同意された方のみ記入してください。

ただし、学校での検査を予定の方（表面の検査場所に学校名が記載されている方）は、記入は不要です。

なお、学校での検査を予定されている方で、検査当日に暫定的な結果説明を希望される方は、説明ブースのある公共施設等での検査に変更が可能ですので、お手数でもあらかじめご連絡ください。

福島県内外にお住まいの方で県内検査実施機関での検査をご希望の方

希望する 県内検査機関	同封 冊子 「県内検査実施機関一覧」から希望する検査実施機関番号、検査実施機関名をご記入ください。									
※平日9時～17時の時間帯のうち連絡が取れる時間帯					※後日、予約日等の調整を行いますので、土日祝日を除いた平日9時～17時のうち、連絡が取れる時間帯をご記入ください。					

福島県外にお住まいの方で福島県外での検査をご希望の方

希望する 県外検査機関	同封 冊子 「県外検査実施機関一覧」から希望する検査実施機関番号、検査実施機関名をご記入ください。									
※平日9時～17時の時間帯のうち連絡が取れる時間帯					※後日、予約日等の調整を行いますので、土日祝日を除いた平日9時～17時のうち、連絡が取れる時間帯をご記入ください。					

ここからは、検査に同意された方のみご記入ください。

引き続き、裏面の<問診票>にも必ずご記入ください。

検査に同意の方は、下記の<問診票>もご記入ください。

<問診票> 次の項目にもご記入ください。

1) 受診者の身長と体重をご記入ください。※おおよその数値で結構ですので必ずご記入ください。

身長 . cm 体重 . kg

2) 受診者ご本人にお尋ねします。これまで甲状腺の疾患にかかったことはありますか？

- ない
- ある → ある場合は具体的な病名など分かる範囲で結構ですので詳細をご記入ください。
()

3) 受診者ご本人についてお尋ねします。これまで甲状腺疾患以外の大きな病気やけがをされたことはありますか？（風邪などは除く）
当てはまるものにを入れてください。

- ない
- ある → 具体的な病名やケガなど分かる範囲で結構ですので詳細をご記入ください。
()

4) 受診者のご家族についてお尋ねします。甲状腺の病気をされたり、何らかの異常を指摘されたことがある方はいらっしゃいますか？

- ない
- ある → 具体的な病名など分かる範囲で結構ですので詳細をご記入ください。
また受診者ご本人との関係にを入れてください。
- 母親 () 父親 ()
- 兄弟姉妹 ()
- 祖父母 ()

5) 受診者の食生活についてお尋ねします。現在の食生活に関して、次の食品はどれくらいの頻度で食べますか？
それぞれ、当てはまるところにを付けてください。

- ・魚介類 → ほとんど食べない 週に1~2回 週に3~5回 ほぼ毎日
- ・海藻類 → ほとんど食べない 週に1~2回 週に3~5回 ほぼ毎日

6) 受診者について、今までに、病院で次のような検査や治療を受けたことはありますか？※X線写真(レントゲン写真)は除く。

- ない
- 分からない
- ある → 当てはまるものを全て選んで、を付けてください。

CT検査 PET検査 放射線治療(がん治療) 核医学検査(シンチグラフィ検査)

透視検査(バリウムを使った検査) 血管造影検査(例:心臓カテーテル検査) その他()

※成人の方は、次の項目にもご記入ください。

7) タバコを吸っていますか？当てはまるものにを入れて、頻度についてもお答えください。

- 吸っている → 1日あたり _____ 本吸う
- 以前吸っていたが、現在は吸っていない
- 以前から吸っていない

8) お酒を飲んでいますか？当てはまるものにを入れて、頻度についてもお答えください。

- 飲んでいる → 週 _____ 日、1回あたり日本酒換算で _____ 合程度 飲む
- 以前飲んでいましたが、現在は飲んでいない
- 以前から飲んでいない

※参考 日本酒1合換算表

ビール・発泡酒	中瓶1本	約500ml
チューハイ5度	ロング缶1本	500ml
焼酎25度	コップ1杯	100ml
ウイスキー	シングル2杯	60ml
ワイン	グラス2杯	240ml

※以上です。キリトリ線に沿って切り取ってご提出お願いいたします。

「県民健康調査」甲状腺検査(二次検査)同意書兼問診票

福 島 県 知 事
公立大学法人福島県立医科大学理事長

この検査は、あなた(受診者ご本人)の健康を見守るための検査です。検査結果については、あなたにお知らせするとともに、これまで、及び今後の「県民健康調査」で得られたデータや資料(検査により得られた生体試料を含む)は福島県立医科大学が保管し、次の目的で利用します。

●あなたの健康管理に際して必要な利用目的

- ・「県民健康調査」の提供、管理運営業務
- ・「県民健康調査」にあたり、外部の医師・専門家等の意見・助言を求める場合
- ・あなたの診療等に関わる他の医療機関等との連携(照会への回答を含む)
- ・保健・医療・福祉・生活に関する適切な支援のための市町村等への提供

●上記以外の利用目的

- ・継続的な県民の健康管理を行うための基礎資料としての利用
- ・今後の健康調査の維持、改善のための基礎資料としての利用
- ・「県民健康調査」甲状腺検査の検査者等の教育・育成・実習
- ・学術的研究目的・公衆衛生的教育や啓発目的での個人を特定しない形での利用
- ・個人が特定されない形での公表(統計処理等)
- ・今回採取する試料(血液や尿)は、県民健康調査の趣旨に基づき適切に保存・利用・廃棄します。その他の研究目的で用いる場合は、改めて同意を得てから利用します。

なお、

- 1 あなたや法定代理人の都合でいつでも同意を取り消すことができ、そのことによる不利益は一切うけません。(次の窓口までお問い合わせください)
- 2 あなたや法定代理人の希望により、受診者本人に関する情報について、いつでも知ることができます。
- 3 本調査に関して得られたあなたや法定代理人の個人情報の秘密は固く守られます。

(個人情報に関する窓口)

福島県立医科大学 ふくしま国際医療科学センター
電話:024-549-5130(土日祝日を除く 9:00~17:00)

放射線医学県民健康管理センター
メール:kenkan@fmu.ac.jp

以上のことを理解のうえ、後記受診者が、「県民健康調査」甲状腺検査(二次検査)を受けることに同意します。

<同意書>

平成 年 月 日

医療機関 コード		受付 番号	
氏名		フリガナ	
フリガナ 保護者氏名 (自署)	※本人が未成年の場合		(注) 本人が16歳以上20歳未満 の場合は、保護者と受診者本人 の双方が自署してください。
フリガナ 受診者氏名 (自署)	※本人が16歳以上の場合		
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
連絡先	※数字のみの記入として下さい(ハイフンは記入しないで下さい) □ ※携帯電話は、保護者の番号か受診者の番号かどちらかにチェックを入れてください		
(電話番号)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(携帯電話)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 保護者の番号 <input type="checkbox"/> 受診者の番号

<問診票> 次の項目にもご記入ください。

1)現在、飲んでいる薬はありますか？

- ない
ある → 具体的な薬品名が分かればご記入ください。
 ()

2)これまでに、薬を飲んだり、あるいは注射されたとき副作用が出たことがありますか？

- ない
ある → 具体的な薬品名が分かればご記入ください。
 ()

3)これまでに、アルコール消毒で、皮膚がかぶれたりしたことはありますか？

- ない
ある

4)震災から現在まで、避難や引越し等で震災時にお住まいの地域から移動されましたか？

当てはまるものに☑を入れてください。

- 移動してない
移動した → 移動経路について簡単に教えてください。

例)浪江町在住 → 3/12いわきへ → 3/14埼玉へ 以降現在まで埼玉在住

5)妊娠および出産について当てはまるものに☑を入れてください。

(男性や該当する年齢に達しない方は記入の必要はございません)

- 妊娠していない
妊娠している可能性がある
妊娠している
出産後1年以内