

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

日本語

問診票

記入年月日 年 月 日

名前	同行者氏名	本人との関係
現在住んでいる住所		
震災時(3月11日)の住所		
性別	男・女	生年月日
電話番号		緊急電話

あなたは「放射線業務従事者」になったことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合疾患名：
甲状腺の疾患はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合疾患名：
放射線治療や放射線検査をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合 治療・検査の内容はなんですか？() 治療・検査の期間はどのくらいですか？()
現在服用中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい それはなんですか？()
ヨウ素に対するアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合 アレルギーの物質()

女性の方にお尋ねします。

妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合：最終月経はいつですか？(年 月 日～ 年 月 日)
授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

日本語

事故が起こった時、どこにいましたか？ <input type="checkbox"/> 屋内 （屋内のどこにいましたか？） <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> 石造 <input type="checkbox"/> 屋外
事故が起こった時、事故現場からの距離はどれくらいありますか？ km
事故が起こってからここに来るまでどこにいましたか？（地域と期間を教えてください） 地域 期間

3月11日～3月末の期間について生活についてお答えください。

一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか？ （ ）時間
自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい それは何ですか？
飲水状況を教えてください。 <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 井戸水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 市販の水・清涼飲料水

この1ヶ月間の生活についてお答えください。

一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか？ 時間
自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい それは何ですか？
飲水状況を教えてください。 <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 井戸水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 市販の水・清涼飲料水

放射線による被ばくをしたと思いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい はいの場合 被ばくの部位
何か自覚症状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの方に以下の症状の有無をお答えください

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

日本語

自覚症状の有無	発症の時期、頻度
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	
<input type="checkbox"/> 立ちくらみ又はめまいがする	
<input type="checkbox"/> 熱が出やすくなった	
<input type="checkbox"/> 急に体重が減った	
<input type="checkbox"/> 胸焼けがする	
<input type="checkbox"/> 胃が痛む	
<input type="checkbox"/> 下痢をする	
<input type="checkbox"/> 便秘をする	
<input type="checkbox"/> 便に血が混じることがある	
<input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなった	
<input type="checkbox"/> 皮下出血がある	
<input type="checkbox"/> 目がかすんだり、ものが見えにくくなった	
<input type="checkbox"/> 医師に白内障(又は白内障混濁)と言われた	
<input type="checkbox"/> 咳や痰がでる	
<input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある	
<input type="checkbox"/> 皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする	その場所はどこですか？
<input type="checkbox"/> 皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする	その場所はどこですか？
<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わっているところがある	その場所はどこですか？
<input type="checkbox"/> 手足がしびれたり痛んだりする	
<input type="checkbox"/> 爪がもろい、厚くなった、縦に割れる(凹凸を認める)	
<input type="checkbox"/> 手足の先が冷たい	
<input type="checkbox"/> 手指が震えたり感覚がなくなる	
<input type="checkbox"/> 手指が腫れる	
<input type="checkbox"/> 手足の関節が痛む	
<input type="checkbox"/> アレルギー体質である(喘息・鼻炎・花粉症・アトピー等)	
<input type="checkbox"/> その他	
上記の症状に関して、現在通院をしていますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名: _____)	

薬や食べ物のアレルギーはありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(それは何ですか？ _____)
タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
※1日何本吸いますか？(_____)本

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

日本語

安定ヨウ素剤を飲みましたか？ いいえ はい
はいの場合 飲んだのはいつですか？

相談内容 特に気になることがあればお書きください

- ・多言語で「こころの症状に関する問診」「放射線の被ばくに関する問診票」を公開しています。
- ・多言語医療問診システムも無料で公開中 Web モバイル(スマートフォン)で使えます