

放射線科問診表・(被ばくに関する)

お名前			
体重	kg	年齢	才
		性別	男性・女性

1. 事故発生から、当院に受診するまでのことについて教えてください。 どこにいましたか？(都道府県: 市町村:)
2. 屋内ですか？屋外ですか？ 屋内 ・ 屋外
3. 屋内にいた場合、建物の種類は何ですか？ (コンクリート・木造・)
4. どのぐらいの時間その場所にいましたか？ (日 時間)
5. どのような服装で過ごしていましたか？
6. 天候が雨の日、雨に濡れましたか？ はい ・ いいえ
7. 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
8. 「はい」と答えた方にご質問します。妊娠何週目ですか？
9. 放射線治療(アイソトープ・リニアック)などを受けていますか？ はい・いいえ 「はい」と答えた方にご質問します。それはいつごろですか？
10. 安定ヨウ素剤を飲んでいますか？ はい ・ いいえ 「はい」と答えた方にご質問します。それはいつごろから内服していますか？
11. 甲状腺の病気がありますか？ はい ・ いいえ 「はい」と答えた方にご質問します。甲状腺の治療を行っていますか？ はい ・ いいえ 甲状腺の治療を行っている場合、どのような治療をされていますか？
12. 薬剤および食物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ 「はい」と答えた方にご質問します。アレルギーを起こした薬剤名または食べ物をお書き下さい。
13. ヨードアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
14. その他医師に伝えたいことやご質問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。