

○甲状腺検診 事前問診票(家族単位/保護者記入) 依頼書といっしょに提出下さい

保護者名	○○ △子		保護者 ID	100001		※受診者複数の場合、所在地や避難、食事・水等が同じ場合は「～」線を引いて下さい。	
受診者	受診者1		受診者2		受診者3		
受診者名	名前	○○ □雄		名前	○○ ☆子		名前
ID	ID	100002		ID	100003		ID
原発事故2011年3月～4月時の様子	2011年3月～4月の所在地	<input type="checkbox"/> ずっと現在の住所 <input type="checkbox"/> 別住所() 2011/3/15-16 の所在 2011/3/21-22 の所在		<input type="checkbox"/> ずっと現在の住所 <input type="checkbox"/> 別住所() 2011/3/15-16 の所在 2011/3/21-22 の所在		<input type="checkbox"/> ずっと現在の住所 <input type="checkbox"/> 別住所() 2011/3/15-16 の所在 2011/3/21-22 の所在	
	避難の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間 場所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間 場所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間 場所	
	外出の有無	<input type="checkbox"/> 普通に外出していた(外で遊んでいた) <input type="checkbox"/> 外出を控えさせた <input type="checkbox"/> ずっと家にいた		<input type="checkbox"/> 普通に外出していた(外で遊んでいた) <input type="checkbox"/> 外出を控えさせた <input type="checkbox"/> ずっと家にいた		<input type="checkbox"/> 普通に外出していた(外で遊んでいた) <input type="checkbox"/> 外出を控えさせた <input type="checkbox"/> ずっと家にいた	
	外出時装備	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> 濡れタオル		<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> 濡れタオル		<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> 濡れタオル	
	食事	<input type="checkbox"/> 普段の食事にわかめ・海苔など海藻類あり <input type="checkbox"/> 事故後、意識して海藻類を食べさせた <input type="checkbox"/> 葉物類を控えた <input type="checkbox"/> 牛乳を控えた		<input type="checkbox"/> 普段の食事にわかめ・海苔など海藻類あり <input type="checkbox"/> 事故後、意識して海藻類を食べさせた <input type="checkbox"/> 葉物類を控えた <input type="checkbox"/> 牛乳を控えた		<input type="checkbox"/> 普段の食事にわかめ・海苔など海藻類あり <input type="checkbox"/> 事故後、意識して海藻類を食べさせた <input type="checkbox"/> 葉物類を控えた <input type="checkbox"/> 牛乳を控えた	
	水道水	<input type="checkbox"/> 普通に使っていた <input type="checkbox"/> ペットボトルに替えた		<input type="checkbox"/> 普通に使っていた <input type="checkbox"/> ペットボトルに替えた		<input type="checkbox"/> 普通に使っていた <input type="checkbox"/> ペットボトルに替えた	
	事故後の症状	<input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> のど痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> あざ(内出血) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 目がチカチカ <input type="checkbox"/> 目がまわる感じ <input type="checkbox"/> 疲れやすかった <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> うつ気味 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすかった <input type="checkbox"/> その他気になった点		<input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> のど痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> あざ(内出血) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 目がチカチカ <input type="checkbox"/> 目がまわる感じ <input type="checkbox"/> 疲れやすかった <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> うつ気味 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすかった <input type="checkbox"/> その他気になった点		<input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> のど痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> あざ(内出血) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 目がチカチカ <input type="checkbox"/> 目がまわる感じ <input type="checkbox"/> 疲れやすかった <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> うつ気味 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすかった <input type="checkbox"/> その他気になった点	
	保養の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 回 日程度)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 回 日程度)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 回 日程度)	
病歴	がん病歴	本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
	甲状腺病歴	本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		本人(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 家族(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	