

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）

☐ 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☐を付けてください。

☐ 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☐を付けて、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☐を付けて、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。

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（以下「原発事故」という。）を踏まえ、子どもたちの健康を長期に見守るために、「県民健康調査」甲状腺検査を実施しています。この検査は、原発事故により放出された放射性ヨウ素等の影響で小児甲状腺がんが増加するのではないかとの懸念が高まったことを受け、県民の不安に応えるために始めました。

この検査では、甲状腺の状態を超音波診断装置（エコー）で調べますが、個別に放射線被ばくの影響がわかるものではありません。

検査にはメリットとデメリットの両面があります。

「県民健康調査」甲状腺検査を受診することで想定されるメリットとしては、検査の結果、問題がなければ、放射線の健康影響を心配されている方の安心につながることや、問題があれば（治療を必要とする変化が発見されれば）、早期診断早期治療につながる可能性があります。

デメリットとしては、一生気づかずに過ごすかもしれない無害の甲状腺がんを診断・治療する可能性や、治療に伴う合併症が発生する可能性、結節（しこり）やのう胞が発見されることにより不安につながるなどが考えられます。

一般的には、がん検診として超音波診断装置を用いて広く集団に対し甲状腺の検査を行うことは、メリットよりデメリットが上回るため推奨されておりません。県民の不安を受けて開始した「県民健康調査」甲状腺検査においては、引き続き県民の不安に寄り添うとともに、メリットとデメリットを理解し希望される方に検査を実施しております。なお、「県民健康調査」甲状腺検査では、検査に伴うデメリットを軽減する努力をしております。

メリット・デメリットの詳細については、同封の「検査のメリット・デメリット」をご覧ください。

受診されるかどうかはご本人（未成年の方はご本人と保護者）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いて、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」をご参照のうえ、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）

- 検査対象者
- 検査日
- 検査時間
- 検査場所
- 同意確認書兼問診票の提出期限
- 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。

「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。皆さんの自由な意思で受けていただく任意の検査であるため、検査の都度、同意確認書を提出していただきます。

甲状腺検査は、超音波診断装置で甲状腺の検査を行い、結節やのう胞がないかどうか調べるもので、皆さん一人一人について放射線の被ばくの程度や影響の程度を調べる検査ではありません。

どのような検査にもメリット・デメリットがあります。甲状腺検査のメリット・デメリットの詳細は、同封の「検査のメリット・デメリット」をご覧ください、検査を受けるかどうかご判断のうえ、同意をいただける方は署名（自署）をお願いします。

また、検査の結果については、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、下記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。
- 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。

【お問い合わせ先】

甲状腺検査に関すること、個人情報に関すること、検査の場所や日時の変更については、下記にお問い合わせください。（検査会場や検査実施機関への直接のお問い合わせは、ご遠慮願います。）

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
コールセンター TEL 024-549-5130 9：00～17：00（土日・祝日・12/29～1/3を除く）

※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

以上のことをご理解のうえ、次の項目にお答えください。

- 1 下記3の対象者が、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☑を付けてください。

☐同意します。 ☐同意しません。

（※なお、検査には同意でも、県民健康調査としての基礎資料としての利用を希望されない場合は、お手数ですがコールセンターまで、お申し出ください。）

- 2 次回の甲状腺検査以降の甲状腺検査の全てのお知らせ（郵送物）が不要の方のみ

☐今後の甲状腺検査のお知らせは不要です。 ☑を付けてください。

・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。

・対象者が未成年者（20歳未満）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がありますので、ご了解願います。

- 3 検査同意・不同意に関わらず、下記の欄にご記入ください。

令和 年 月 日

住 所												
	〒				－							
	（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					
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、右欄にご記入ください。						フリガナ					
							氏 名					
対象者の生年月日	平成			年			月			日		
フリガナ 保護者氏名 （自署）	※本人が未成年（20歳未満）の場合、保護者氏名を保護者の方が署名してください。											
フリガナ 対象者氏名 （自署）	※本人が中学校等の課程を修了している又は16歳以上の方の場合、対象者氏名を本人が署名してください。											
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。											

- 4 以下、検査に同意された方のみ記入してください。（裏面の問診票のご記入も忘れずにお願いします。）

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コールセンターまでご連絡ください。

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	同封の冊子 「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、予定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、連絡の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	同封の冊子 「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、予定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、連絡の取れる時間帯をご記入ください。				

引き続き、裏面の＜問診票＞にも必ずご記入ください。

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。

ここからは、検査に同意された方のみご記入ください。