

検査同意確認書の記入方法

検査実施機関(医療機関)を希望の方

検査同意確認書は、**甲状腺検査を受診する・受診しないに関わらず**記入のうえ、当センターに返送してください。

Webフォームから申し込みされた場合でも、検査同意確認書をご記入のうえ、返送してください。

同封の「検査のメリット・デメリット」と左のページをお読みになり内容をご理解のうえ、次の項目にお答えください。

1 今回の甲状腺検査を受けることについて、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。

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。

・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、ご連絡ください。
・対象者が未成年者(18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、ご本人が成年(18歳)に達した後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、以下の欄にご記入ください。

(※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。) 令和 年 月 日

住所	〒000-0000 (甲状腺検査登録住所) 福島県福島市光が丘1番地	
	〒 9 6 3 - × × × ×	
	(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。	
	福島県郡山市〇〇町△番地	
フリガナ	イダイ タロウ	受付番号 0 0 0 0 0 0 0
対象者氏名	医大 太郎	フリガナ
	※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。	氏 名
対象者の生年月日	平成 2 0 年 1 0 月 2 0 日	
フリガナ 保護者氏名 (自署)	※本人が未成年(18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。 イダイ ハナコ 医大 花子	
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。 イダイ タロウ 医大 太郎	
連絡先 (電話番号)	0 0 0 - 1 1 1 - △△△△ ※日中でも連絡可能な連絡先をご記入ください。	

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。

住所変更がない場合は
記入不要です

対象者が未成年(18歳未満)の場合、この欄に
保護者氏名を
必ず署名してください

対象者が中学校を卒業
または16歳以上の場合は
この欄に
対象者氏名を
必ず署名してください

ここからは、検査に同意された方
のみご記入ください。

県内検査実施機関
受診希望の場合

県外検査実施機関
受診希望の場合

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をお願いします。)

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	同封の冊子の中の「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。	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院
※平日9時~17時の時間帯のうち連絡が取れる時間帯 9:00~13:00くらいまで	※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の検査をご希望の方

希望する 県外検査機関	同封の冊子の中の「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。	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> クリニック
※平日9時~17時の時間帯のうち連絡が取れる時間帯 9:00~13:00くらいまで	※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。

※「県内(県外)検査実施機関一覧」(P.11~P.18)から希望する検査実施機関をご記入ください。