

同意書・問診票(1)

岩手県知事 達増 拓也 様

岩手県が実施する「放射線健康影響調査事業」において、私は、下記1～2を内容とする調査の対象者になることについて同意し、下記3～5のとおり問診票を提出します。

記

1 調査概要

- (1) 調査対象者の基本情報等の提出
- (2) 検査のための尿 2.2ℓ 以上の提出（尿を数日間連続して蓄尿）
- (3) 岩手県環境保健研究センターのゲルマニウム半導体検出器による尿中放射性物質の測定
 - ア 検査核種：ヨウ素 131、セシウム 134、セシウム 137、(カリウム 40 ※)

※ 放射性カリウム 40 については、自然の放射性物質であることから、必須項目ではありません。検査を希望しない場合は所定欄にチェックをお願いします。
 - イ 目標検出限界：各検査核種ごとに 1.0Bq/ℓ 以下
- (4) 1日尿量及び預託実効線量の算出
- (5) 前回調査結果との比較
- (6) その他必要な調査を追加する場合があること

2 調査（検査）情報の取扱

- (1) 内部被ばく線量（健康リスク）評価のため、岩手県の関係部局において情報を共有すること。
- (2) 健康リスク評価を行う際の専門的な意見聴取のため、岩手県が委嘱する有識者に情報提供すること。
- (3) 調査対象者の個別支援に資するため、調査対象者が居住する市町村に情報提供すること。
- (4) 調査結果について、個人が特定されない集計結果等の形で公表すること。
- (5) 行政文書開示請求が提出された場合は、個人情報（次例参照）を除いて開示する取扱となること。
 - ア 「3基本情報」のうち調査対象者氏名、生年月日、身長、体重、保護者氏名及び現住所等
 - イ 「4参考情報」及び「5尿採取記録」

3 基本情報（問診票）

提出日： 平成____年____月____日		記入者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者（続柄_____）	
対象者	ふりがな 氏名 _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日： 平成____年____月____日（____歳）	身長： _____ cm	体重： _____ kg
保護者	同意・確認欄（提出前に記載内容について保護者の方の確認と署名をお願いします。） (保護者自署) _____		
現住所等	〒____-_____ _____ アパート等名称・部屋番号_____ 電話番号_____-____-		
核種	<input type="checkbox"/> 放射性カリウム40（自然放射線）の検査を希望しない場合はチェックしてください。		
岩手県保健福祉部医療推進課		ID番号 (※保健所記入欄)	—

同意書・問診票 (2)

4 参考情報 (問診票)

転居歴	(前回調査以降に転居していれば、転居日と以前の居住地を記入してください。)
留意事項	(放射線対策として、 <u>日常生活で気を付けていることがあれば</u> 記入してください。)

5 尿採取記録 (問診票)

No.	日 時	採取量 (mℓ)	No.	日 時	採取量 (mℓ)	No.	日 時	採取量 (mℓ)
1	月 日 :	—	21	月 日 :		41	月 日 :	
2	月 日 :		22	月 日 :		42	月 日 :	
3	月 日 :		23	月 日 :		43	月 日 :	
4	月 日 :		24	月 日 :		44	月 日 :	
5	月 日 :		25	月 日 :		45	月 日 :	
6	月 日 :		26	月 日 :		46	月 日 :	
7	月 日 :		27	月 日 :		47	月 日 :	
8	月 日 :		28	月 日 :		48	月 日 :	
9	月 日 :		29	月 日 :		49	月 日 :	
10	月 日 :		30	月 日 :		50	月 日 :	
11	月 日 :		31	月 日 :		51	月 日 :	
12	月 日 :		32	月 日 :		52	月 日 :	
13	月 日 :		33	月 日 :		53	月 日 :	
14	月 日 :		34	月 日 :		54	月 日 :	
15	月 日 :		35	月 日 :		55	月 日 :	
16	月 日 :		36	月 日 :		56	月 日 :	
17	月 日 :		37	月 日 :		57	月 日 :	
18	月 日 :		38	月 日 :		58	月 日 :	
19	月 日 :		39	月 日 :		59	月 日 :	
20	月 日 :		40	月 日 :		60	月 日 :	

留意事項：

- ① 初回 (NO.1) については、排尿日時のみ記載し、尿は採らないてください。
- ② 2回目以降は、尿を排泄するごとに連続して採り、日時と採取量を記入してください。
- ③ 尿を排泄したけれども採れなかった場合は、その日時を記入のうえ、採取量の欄に「—」と記入してください。
- ③ 蓄尿する量は2.2ℓ以上としてください (蓄尿用ポリ容器に示した線以上になったら蓄尿終了)。
- ④ 蓄尿終了後 (この用紙に記入後) は、蓄尿用ポリ容器と一緒に、指定された日時に保健所に提出してください。

岩手県保健福祉部医療推進課

I D 番号
(※保健所記入欄)

—