

## 内部被ばく測定 問診票兼同意書

測定日		団体名		整理番号	
-----	--	-----	--	------	--

## 1. 下記太枠内を全て記入してください

フリガナ						生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	性別	男・女
氏名											歳		
郵便番号						電話番号							
現住所 (現在お住まいの住所)													

分かる範囲で  
ご記入ください

身長				cm	体重				kg
----	--	--	--	----	----	--	--	--	----

体表面汚染の有無  
(有の場合のみ記入)

				cpm
--	--	--	--	-----

※身体計測値は小数点以下切捨て

## 2. 下記質問にご回答もしくは当てはまる口にレ点をつけてください

(1) お住まいについて教えてください。

①  平成23年3月12日以前より現住所に住んでいる②  平成23年3月12日以降、転居した

・ 転居した時期はいつ頃ですか

年 月 頃

・ 転居前の居住地はどこですか

都 道  
府 県

(2) 過去に内部被ばく測定を受けたことがありますか。

①  ない②  ある → 今回 回目

(3) 現在の職業形態について教えてください。(当てはまるものひとつにレ点をつけてください)

①  屋内での仕事②  屋外での仕事③  屋内、屋外半々の仕事

※除染作業員は除く

④  除染作業員⑤  ①～④以外

※仕事でされている方に限る

※学生、主婦の方は⑤

(4) 平日と休日に屋外で過ごす平均時間をそれぞれ教えてください。

・ 平日 ①  0～3時間 ②  3～6時間 ③  6時間以上・ 休日 ①  0～3時間 ②  3～6時間 ③  6時間以上

(5) 現在の飲み水の摂取状況を教えてください。(複数回答可)

①  水道水 ②  井戸水・引き水 ③  市販の飲料水 ④  その他( )

(6) 現在の食べ物の摂取状況を教えてください。(複数回答可)

野菜	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない
果物	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない
山菜類	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない
米	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない
肉	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない
魚	① <input type="checkbox"/> 自家生産	② <input type="checkbox"/> 福島県内産	③ <input type="checkbox"/> 福島県外産	④ <input type="checkbox"/> 外国産	⑤ <input type="checkbox"/> 食べない	⑥ <input type="checkbox"/> わからない

## 3. 下記内容をご一読いただき、趣旨をご理解のうえ同意(署名)をお願いします。

公益財団法人福島県労働保健センター 理事長殿

この検査は、放射性物質(放射性セシウム)が体内に取り込まれているかどうかを判断するための検査であることを理解し、受検します。

検査結果については、受検者へ報告するとともに、データは福島県労働保健センターで保管し、集計・統計処理をするなど個人情報の保護に配慮したうえで検査結果を公表する可能性があること、自治体や福島県立医科大学より健康調査のデータとして提出依頼があった際は、提出する可能性があることに同意いたします。

記入年月日

同意者署名欄(自署)

※受検者が未成年者の場合は、保護者様をご自身の氏名を自署してください。