

安定ヨウ素剤配布整理券・受領書（P A Z内住民の方向け）

茨城県版



802000000005935

住 所	東海村村松北一丁目6番5号		
氏 名	山口 勇吉		
生年月日	昭和23年10月9日	71歳	(令和2年3月31日現在)
必 要 数	<input type="checkbox"/> 1丸1包 (3歳未満) <input type="checkbox"/> 1丸 (3歳以上9歳未満) / (3歳未満丸剤のみ未配布) <input checked="" type="checkbox"/> 2丸 (9歳以上)		
	※平成30年12月2日以降に生まれた方で、令和3年11月末期限のゼリー剤配布済者 <input type="checkbox"/> 1包 (丸剤配布済) <input type="checkbox"/> 1丸1包 (丸剤未配布)		
	その他 <input type="checkbox"/> 説明受講済		

以下、事前配布会のみ使用

チ エ ッ ク 欄	配布条件		未配布理由	
	特になし	慎重投与 ※該当番号記載	禁忌者	本人意思

確認済
押印欄

受領書

(安定ヨウ素剤の返却欄) ※これまで配布を受けた方のみ

- あり
 なし (紛失により返却できません。発見したら直ちに返却します。)

(説明内容再確認欄) ※これまで配布を受けた方のみ

これまで、安定ヨウ素剤の配布会(説明会)に参加したことがあり、説明内容を十分に把握しています。(該当するものを○で囲んで下さい。「はい」の場合、説明受講を省略することができます。)
 はい ・ いいえ

(受領確認欄)

安定ヨウ素剤の服用に関する説明を受け、理解し、安定ヨウ素剤を受け取りました。また、受け取った安定ヨウ素剤は、他人に譲り渡さず、不要となった場合には返却します。

なお、代理受領の場合は、本人(配布対象者)に上記の内容を伝えます。

令和 年 月 日

受取者署名

代理受領の場合、本人との続柄： 配偶者 ・ 親子

その他 ()

以下、医療機関、薬局の記入欄です【薬局配布方式のみ使用】

◎【受付確認】(薬剤師記入欄)

安定ヨウ素剤の配布につきまして、受付をした結果は、下記のとおりです。

- 配布しました。(以下、配布条件)
 特になし 慎重投与 () ※該当番号記載
 配布しませんでした。(以下、未配布理由)
 禁忌者 本人意思
 医師の問診を案内しました。

受 付 日：令和 年 月 日

薬 局 名：

薬 剤 師 名：

◎【問診結果】(医師記入欄)

安定ヨウ素剤の配布にかかる問診結果は、下記のとおりです。

- 配布できます。(以下、配布条件)
 特になし 慎重投与 () ※該当番号記載
 (最初に受付をした薬局にて配布)
 配布できません。(以下、未配布理由)
 禁忌者 本人意思

問 診 日：令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

◎【配布確認】(薬剤師記入欄)

- 問診結果を受け、安定ヨウ素剤を配布しました。
 (以下、配布条件)
 特になし 慎重投与 () ※該当番号記載

配 布 日：令和 年 月 日

薬 局 名：

薬 剤 師 名：