

※最初に同封の「甲状腺検査受診の手引き」をお読みください。

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を踏まえ、子どもたちの健康を長期に見守るために、甲状腺検査を実施しています。この検査は、一人一人の甲状腺の状態を長期にわたり観察し、健康な生活を送るための支援につなげたり、将来的な健康影響についての調査に役立てるものです。

この検査は、超音波検査などで甲状腺の状態を調べますが、個別に放射線被ばくの影響を調べるものではありません。検査によって、甲状腺の状態がある程度分かりますので、その結果をお伝えします。検査の結果、治療が必要な変化が発見され、早期発見早期治療につながることもありますが、甲状腺の特性上、治療の必要のない変化も数多く認めることになり、ご心配をお掛けすることもあります。そのため、甲状腺の超音波検査による検診は、一般的には行われてきませんでした。

受診されるかどうかはご本人(20歳まではご本人と保護者)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き、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」をご確認のうえ、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)

- 1 検査対象者
- 2 検査日
- 3 検査時間
- 4 検査場所
- 5 同意確認書兼
問診票の提出期限
- 6 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。

【お問い合わせ先】

甲状腺検査の検査場所や日時の変更などに関するお問い合わせ（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ください。）

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TEL024-549-5130(9:00~17:00土日・祝日を除く) <http://fukushima-mimamori.jp/thyroid-examination/>

※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



「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。この同意確認書は検査の都度ご提出していただきます。検査結果については、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、次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目的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（次の窓口までお問い合わせください）。
- 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。

（個人情報に関する窓口）

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

電話：024-549-5130（土日祝日を除く 9:00～17:00 おかけ間違いのないようご注意ください。）

メール：kenkan@fmu.ac.jp

以上のことを理解のうえ

1 後記対象者（本人が未成年の場合は保護者）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☑を入れてください。

同意します • 同意しません→ 2へお進みください。

2 今後の甲状腺検査のお知らせが不要である方のみ☑を入れてください。

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、その際はご連絡ください。

★ 対象者が未成年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、送付することもありますので、ご了解願います。

＜検査同意確認書兼問診票＞

平成 年 月 日

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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
フリガナ						受付番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
対象者氏名						フリガナ					
						氏 名					
対象者の生年月日	平 成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	
フリガナ 保護者氏名 (自署)	※本人が未成年の場合、保護者氏名を必ずご記入ください。										
フリガナ 対象者氏名 (自署)	※本人が成人の場合、対象者氏名を必ずご記入ください。										
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。										

以下、検査に同意された方のみ記入してください。

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 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。
※連絡可能時間帯	※後日、予約日等の調整を行いますので、土日祝日を除いた平日のうち、連絡が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 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。
※連絡可能時間帯	※後日、予約日等の調整を行いますので、土日祝日を除いた平日のうち、連絡が取れる時間帯をご記入ください。

ここからは、検査に同意された方のみご記入ください。

引き続き、裏面の＜問診票＞にも必ずご記入ください。

