

会 員 各 位

一般社団法人上越薬剤師会
会 長 押 山 貴 光

薬局における安定ヨウ素剤事前配布に係る説明会の開催について（ご案内）

平素、当会業務にご協力をいただきお礼申し上げます。

さて、先のブロック会議の際にお伝えいたしました標記説明会について、下記のとおり開催する運びとなりましたのでご案内いたします。

諸事ご多用のこととは存じますが、是非ご出席くださるようお願いいたします。

記

1 説明会の開催日時・会場

- (1) 開催日時：第1回 令和4年8月1日(月) 19:00～20:30
第2回 令和4年8月26日(金) 19:00～20:30

- (2) 会 場：上越市市民プラザ 第一会議室（上越市土橋1914-3）

第1回と第2回は
同じ内容です。
ご都合の良い日
を選んでください。

2 対象者

薬局における安定ヨウ素剤事前配布へのご協力をご検討いただける方 等

3 説明会の内容

	内 容	時 間
(1)	安定ヨウ素剤の事前配布に関する説明（全般説明）	20分程度
(2)	薬局における配布業務の説明（応対方法の紹介）	30分程度
(3)	事務連絡	10分程度

4 その他

薬局配布方式の概要（案）は別添のとおり

《参加申込み》返信先：上越薬剤師会事務局

メールアドレス：info@jouyaku.or.jp FAX：025-520-7612

薬局名	氏名	出席日 どちらかに○	
		8 / 1	8 / 26

〆切り：7月23日（土）

薬局配布方式に係る概要

○ 趣旨・経緯

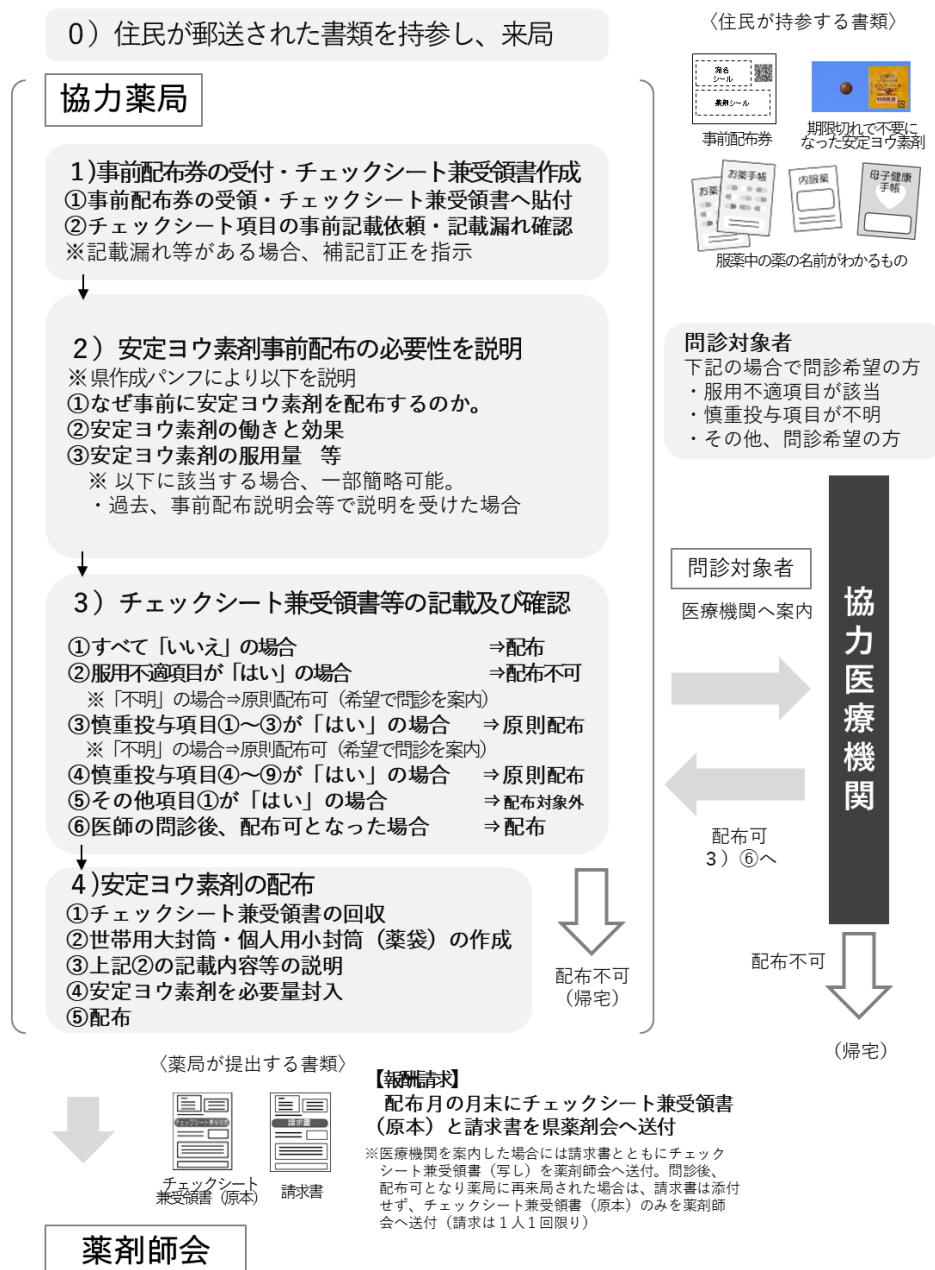
- ・ 県では、原子力災害発生時の避難に際して、安定ヨウ素剤の服用が適時かつ円滑に行えるよう、安定ヨウ素剤の事前配布を実施
- ・ 国との調整の結果、令和4年度以降、原子力発電所から概ね半径5～30 km圏内の地域（UPZ）の住民に対しても、事前配布を進めることとなった

○ 薬局配布方式

協力薬局において、薬剤師等による説明と【別記2】のチェック項目健康状態確認を行った上で、安定ヨウ素剤を配布

○ 協力薬局への報酬単価（案） 1,000円／人

○ 配布フロー（案）



※必要に応じてコピーして使用ください。

UPZ用

安定ヨウ素剤事前配布の
チェックシート兼受領書

※太枠内に記入またはチェック☑をしてください。

申込者(E受領欄の方)情報 不要薬剤 回収

氏名	
電話番号	() -
配布対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯人 <input type="checkbox"/> 受領委任者 (裏面の委任状も記載)

※左隅に合わせて、点線に沿ってまっすくに貼り付けてください

(事前配布券貼付欄)

A 服用不適項目のチェック

① 今までに安定ヨウ素剤の成分、または、ヨウ素剤に対し過敏症があったと言われたことがある (ヨウ化カリウム丸服用後に、じんま疹や呼吸困難、血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがある)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

B 慎重投与項目のチェック

① 今までにヨード造影剤過敏症(造影剤アレルギー)と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 今までに甲状腺の病気(甲状腺機能亢進症、機能低下症)があったと言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 今までに肺結核(カリエス、肋膜炎なども含む)と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 今までに腎臓の病気や腎機能に障害があったと言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 今までに先天性筋強直症と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 今までに高カリウム血症と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 現在、以下の薬を使っている		
(1) リチウム製剤(双極性障害<躁うつ病>治療)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 抗甲状腺薬(甲状腺機能亢進症治療)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) カリウム含有製剤(カリウム補給)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) アンジオテンシンII受容体拮抗剤、カリウム貯留性利尿剤、降圧剤(配合剤)、ACE阻害剤(高血圧治療)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

C その他(対象外)項目のチェック

① 甲状腺が先天的に無い。または、手術で全部摘出しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

D 確認事項

安定ヨウ素剤に関する説明動画を視聴し、理解しましたか？ ●効能や効果(どのように、何に効くか等) ●服用方法(飲み方、飲むタイミング) ●安定ヨウ素剤以外の放射線防護 ●安定ヨウ素剤を飲むことによって得られる利益 ●安定ヨウ素剤の副作用を含めたリスク ●併用した場合に注意を要する薬品 ●安定ヨウ素剤を飲まない場合の対応と予想される結果	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

E 受領欄

配布対象者本人が受領する場合	私は、緊急時の安定ヨウ素剤の受け取りが不安または困難であるため、本日の説明を踏まえ、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、第三者に譲り渡さず、不要となった場合には返却します。	配布対象者署名
配布対象者以外が受領する場合	配布対象者は、緊急時の安定ヨウ素剤の受け取りが不安または困難であるため、安定ヨウ素剤の事前配布を希望しています。また、服用に関する注意事項や副作用の可能性について理解したので、配布対象者本人に説明するとともに、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、配布対象者本人に渡し、不要となった場合には返却するよう説明します。	代理受領者署名

※以下の欄は記入しないでください

- <確認結果> 該当項目なし 慎重投与項目あり 服用不適切項目あり 対象外
 <配布可否> 配布可能 配布不可
 <配布希望> 希望あり 希望なし

確認者氏名 _____ (医師 保健師・看護師 薬剤師)

<配布結果・システム登録>
 対象者の年齢 _____ 歳
 丸剤(50mg) () 丸
 ゼリー剤(32.5mg) () 本
 配布せず その他(対象外)